



**Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa**



Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos

**Epidemiologia, potencial de prevenção e adequação para promover
a efectividade da Administração em Saúde Pública**

Carlos Matias Dias

Médico especialista em Saúde Pública, Mestre em Epidemiologia,

Assistente Convidado na Escola Nacional de Saúde Pública

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa,

para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, Ramo de Epidemiologia.

Lisboa, 2011



**Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa**



Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos

Epidemiologia, potencial de prevenção e adequação para promover
a efectividade da Administração em Saúde Pública

Carlos Matias Dias

Médico especialista em Saúde Pública, Mestre em Epidemiologia,

Assistente Convidado na Escola Nacional de Saúde Pública

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa,
para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, Ramo de Epidemiologia.

Orientador

Professor Doutor Teodoro Briz

Lisboa, 2011

RESUMO

As doenças crónicas são responsáveis pela maior parte das mortes a nível global e em Portugal, e condicionam uma carga importante de incapacidade, utilização de cuidados e despesa em saúde. O consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas, a alimentação, e a actividade física, determinantes comuns a muitas doenças crónicas, estão associados a escolhas e a comportamentos potencialmente evitáveis. O conhecimento sobre a sua ocorrência conjunta começa agora a ser valorizado como elemento estratégico na elaboração de políticas, planos e programas de saúde que visam prevenir e controlar a doença crónica. Os princípios comuns para a intervenção sobre estes factores reforçam a pertinência do seu conhecimento e utilização em intervenções efectivas. A epidemiologia da ocorrência conjunta destes factores é desconhecida na população portuguesa.

O presente estudo visa contribuir para aumentar e promover o conhecimento sobre a ocorrência e a distribuição conjunta dos quatro principais determinantes de saúde relacionados com comportamentos na população portuguesa, tomados nos seus níveis de risco, e tem como objectivos: 1) caracterizar as distribuições, isoladas e conjuntas, daqueles factores em níveis de risco; 2) construir perfis demográficos e sociais da sua ocorrência conjunta; 3) quantificar a relação desses perfis com indicadores de estado de saúde, designadamente incapacidade física de curta duração, e de utilização de cuidados.

Para atingir estes objectivos foi utilizada a base de dados gerada pelo Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005 e 2006 a uma amostra aleatória, probabilística, representativa da população residente em Portugal. Estudaram-se dados relativos às pessoas com idade

igual ou superior a 15 anos que responderam aquele inquérito durante o terceiro trimestre do trabalho de campo, período que incluiu todas as variáveis de interesse para o trabalho.

A análise foi estratificada segundo categorias de oito variáveis demográficas e sociais (sexo, grupo etário, estado civil de facto, nível de escolaridade, ocupação, grupo profissional e situação face à profissão). Apenas o cálculo das medidas de associação e de impacto entre o número de determinantes em níveis de risco, por um lado, e a alteração do estado de saúde, e utilização de cuidados de saúde, por outro, foi ajustado para potenciais variáveis interferentes. A prevalência da ocorrência conjunta dos quatro determinantes, e as suas associações, foram analisadas através de três métodos: 1) cálculo do número de factores conjuntos nos grupos demográficos e sociais mencionados; 2) cálculo da razão entre as frequências observadas e esperadas de cada factor, e suas combinações; 3) cálculo das *Odds Ratio* – *OR* – através de métodos de regressão logística.

Para o estudo do impacto dos diferentes perfis de ocorrência dos determinantes sobre indicadores do estado de saúde e da utilização de cuidados de saúde foram calculadas as fracções etiológicas do risco, na população exposta e na população total, visando a estimativa dos correspondentes ganhos potenciais máximos, em caso de intervenção.

Os resultados revelaram que os quatro determinantes ocorriam em níveis de risco de forma diferente em cada um dos sexos, bem como nos diferentes grupos de idade, escolaridade e estado civil. Ocorriam, também, de forma diferente nos grupos de ocupação e profissão, afectando de forma mais nítida, geralmente, os grupos menos favorecidos.

O factor mais frequente era a actividade física em nível insuficiente para gerar benefícios de saúde, presente em 60% da população (IC95%: 57,7%; 62,1%), seguido pelo consumo de tabaco (21,4%; IC95%: 20,0%; 22,9%), consumo de risco de bebidas alcoólicas (9,2%; IC95%: 8,2%; 10,4%) e alimentação não saudável (8,5%; IC95%: 7,5%; 9,5%).

Mais de metade da população revelava a presença de um daqueles factores em níveis de risco (51,8%; IC95%: 50,2%; 53,4%). Seguiu-se 16,4% da população com dois (IC95%: 15,2%; 17,7%); 3,4% com três (IC95%: 2,8%; 4,0%); e 0,3% com quatro factores (IC95%: 0,2%; 0,6%). A prevalência simultânea de dois ou três factores era, geralmente, maior na população masculina, excepto nos mais jovens (15 a 19 anos) e idosos (85 e mais anos). A ausência dos quatro factores em níveis de risco, ou a presença de um deles, eram, geralmente, mais frequentes na população feminina.

A presença de um factor era mais elevada entre a população viúva, em especial masculina, (70,4%; IC95%: 59,3%; 79,5%), na população feminina sem nível de ensino (60,2%; IC95%: 55,2%; 65,0%), na população reformada, nos grupos profissionais mais diferenciados, e no grupo dos trabalhadores por conta própria e empregadores. A presença de dois, ou mais, factores era mais frequente na população masculina, na população separada, ou divorciada, na população mais instruída, entre os desempregados, entre os grupos profissionais mais diferenciados e entre os trabalhadores por conta de outrem.

A hierarquização das combinações possíveis da presença dos quatro determinantes em níveis de risco, efectuada segundo a razão entre os seus valores observados (O) e esperados (E), revelou padrões diferentes entre os sexos. Enquanto no sexo masculino o consumo de tabaco, álcool e a alimentação não saudável surgiam com razões O/E elevadas, de forma isolada, no sexo feminino, estes factores ocorriam em conjunto mais frequentemente que o esperado (razões O/E superiores a 1,0).

O consumo de tabaco estava associado de forma directa e significativa com o consumo de risco de bebidas alcoólicas, e com a alimentação não saudável, em ambos os sexos. A associação entre o consumo de risco de bebidas alcoólicas e a actividade física insuficiente era inversa no conjunto da população, assim como na masculina, mas não na feminina.

O valor mais elevado de *OR* para as associações entre os quatro determinantes de saúde em níveis de risco observou-se na população feminina, em que a possibilidade de se verificar consumo de risco de bebidas alcoólicas era cerca de 2,9 vezes superior entre as mulheres fumadoras comparativamente às não fumadoras (*OR* = 2,89; IC95%: 1,98; 4,20). Esta associação era um pouco mais fraca na população masculina, embora estatisticamente significativa (*OR* = 2,20; IC95%: 1,61; 3,01).

Foi notória a ausência de associações estatisticamente significativas entre a actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde e as diferentes combinações de outros determinantes, embora as estimativas pontuais dessas associações se revelassem positivas.

O consumo de tabaco e a alimentação não saudável revelaram as associações mais fortes com as diferentes combinações dos outros determinantes, sendo o valor mais elevado o da associação entre o consumo de tabaco e a presença conjunta dos outros três determinantes (*OR* = 4,28; IC95%: 1,85; 9,88), situação idêntica à verificada no caso do consumo de risco de bebidas alcoólicas (*OR* = 2,30; IC95%: 1,26; 4,19) e no caso da alimentação não saudável (*OR* = 2,52; IC95%: 1,33; 4,78).

O número médio de dias de incapacidade nas duas semanas anteriores não diferia significativamente entre os grupos da população com diferente número de determinantes, globalmente, e em cada um dos sexos. O número médio de consultas médicas nos três meses anteriores era significativamente maior na população com um ou mais factores em níveis de risco (2,19 consultas; IC95%: 2,10; 2,28), comparativamente à população sem estes determinantes em níveis de risco (1,97 consultas; IC95%: 1,86; 2,08). Esta diferença verificava-se, também, na população feminina, mas não na masculina.

Da análise do risco atribuível, assumindo a causalidade dos determinantes, pode afirmar-se que se o número de factores em níveis de risco fosse totalmente controlado, (isto é se a

prevalência das pessoas com esses factores passasse a ser nula), poder-se-ia, no máximo, evitar que cerca de 32,4% das pessoas com três ou mais determinantes em níveis de risco sofressem incapacidade de curta duração em nível superior à média populacional nas duas semanas anteriores. Este ganho era maior no sexo masculino, em que a redução mais elevada se estimou em 76,0%, no caso dos homens com dois determinantes (Fracção Atribuível nos Expostos = 76,0%; IC95%: 70,4%; 81,6%). Considerando a prevalência de conjuntos de determinantes na população total, era igualmente entre os homens com dois factores que se observava o potencial máximo de redução do número de dias de incapacidade (Fracção Atribuível na População = 8,4%; IC95%: 6,3%; 10,5%).

Em relação à utilização de cuidados de saúde, a intervenção sobre o grupo da população exposto a um determinante ofereceria uma redução potencial máxima de 41,9% do número de pessoas que reportaram quatro ou mais consultas médicas, reduzindo o volume destes utilizadores muito frequentes consultas médicas (Fracção Atribuível nos Expostos = 41,9%; IC95%: 39,9%; 43,9%). Este potencial máximo de prevenção revelou o valor mais elevado na população feminina com presença conjunta de dois determinantes (Fracção Atribuível nos Expostos = 54,3%; IC95%: 52,8%; 55,8%). Considerando a população total, o potencial máximo de redução na utilização muito frequente de consultas médicas observou-se na população feminina com um determinante em nível de risco (Fracção Atribuível na População = 33,5%; IC95%: 31,9%; 35,1%), sendo menor na população de ambos os sexos (Fracção Etiológica na População = 27,7%; IC95%: 26,5%; 28,8%).

A origem auto referida dos dados analisados pode ter enviesado os resultados, no sentido da subestimação das frequências obtidas. A paucidade de dados epidemiológicos com base em marcadores biológicos ou biométricos que permitam caracterizar esses factores na população não permite a validação destes dados.

A presença, em níveis de risco, de pelo menos um determinante de saúde relacionado com comportamentos em mais de metade da população portuguesa, assim como a distribuição da presença conjunta de dois, três e quatro desses determinantes respectivamente em cerca de 16,4%, 3,4% e 0,3% da população, está de acordo com padrões observados noutros países, e evidencia a pertinência deste primeiro estudo, assim como a necessidade de integração do conhecimento sobre a epidemiologia da ocorrência conjunta de determinantes de saúde preveníveis no planeamento da saúde em Portugal. Os diferentes padrões de ocorrência conjunta nos dois sexos aconselham a inclusão de critérios de género na tradução e operacionalização desse conhecimento em intervenções de Saúde Pública e na prossecução da investigação do tema.

As associações directas entre o consumo de tabaco, o consumo de risco de bebidas alcoólicas e a alimentação não saudável reforçam a pertinência da abordagem por conjuntos de factores nas intervenções de Saúde Pública. Os elevados valores de associação entre consumo de tabaco, consumo de álcool em níveis de risco, alimentação não saudável, e a presença conjunta dos restantes factores reforçam esta conclusão.

A ausência de associações significativas entre a actividade física insuficiente e os outros três factores pode ter sido condicionada pela dificuldade na medição válida daquele factor através de inquéritos por entrevista. A elevada e crescente prevalência deste factor coloca-o, para mais, no topo de uma agenda de investigação em saúde, a concretizar em Portugal.

No caso da utilização de cuidados, embora o impacte da redução dos níveis de exposição a conjuntos de factores, em função da sua prevalência na população, fosse menor do que o estimado apenas nos expostos, ele era, ainda assim, elevado, indicando a sua utilidade no desenho de estratégias de aumento da efectividade dos cuidados de saúde e da administração em Saúde Pública, através da intervenção sobre grupos de determinantes.

À minha família, por me incentivar e apoiar
em todos os aspectos da vida.

Aos meus pais, pelo incentivo no sentido do
humanismo e desenvolvimento constantes,
mantendo vivo o esteio do passado.

Às minhas filhas, por me permitirem antever o
futuro no seu olhar.

Aos meus amigos, por o serem.

Tempus fugit

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Relevância do conhecimento sobre ocorrência conjunta de determinantes.....	3
1.1.1. A importância das doenças crónicas.....	9
1.1.2. A importância dos determinantes de saúde	11
1.2. Quadros conceptuais no estudo dos determinantes de saúde	13
1.2.1. Aspectos históricos.....	13
1.2.2. Modelos multi-causais.....	14
1.2.3. Modelos relevantes para a prática de Saúde Pública	17
1.3. Determinantes relacionados com comportamentos, comuns às doenças crónicas.....	19
1.3.1. Consumo de tabaco	22
1.3.2. Consumo perigoso de álcool	36
1.3.3. Actividade física insuficiente	55
1.3.4. Alimentação não saudável.....	61
1.3.5. Factores contextuais	67
1.4. Ocorrência conjunta de determinantes de saúde	70
1.4.1. Importância e pertinência do facto	70
1.4.2. Aspectos metodológicos.....	75
1.4.3. Caracterização epidemiológica actual	78
1.5. Intervenção sobre conjuntos de determinantes de saúde.....	84
1.5.1. Estratégias de intervenção	86
1.5.2. Decisão baseada no conhecimento da exposição a múltiplos determinantes.....	90
1.5.3. Fundamentos da intervenção programada em Portugal.....	92
2. FINALIDADE E OBJECTIVOS.....	95
2.1. Finalidade	97
2.2. Objectivos principais	98
2.3. Objectivos secundários	99

3. MATERIAL E MÉTODOS	101
3.1. Tipo e delineamento geral do estudo	103
3.2. Fonte dos dados	103
3.3. População-alvo, população em estudo e amostra estudada	104
3.4. Variáveis em estudo	105
3.4.1. Definição conceptual das variáveis.	106
3.4.2. Definição operacional das variáveis.	114
3.5. Preparação e utilização da base de microdados	125
3.6. Análise dos dados	127
3.6.1. Métodos de análise	128
3.6.2. Desenho geral da análise	129
3.6.3. Fases da análise de dados	130
4. ASPECTOS ÉTICOS	141
5. RESULTADOS	145
5.1. Distribuição da população segundo valores das variáveis em estudo.....	147
5.1.1. Características demográficas e socioeconómicas.	150
5.1.2. Determinantes de saúde relacionados com comportamentos.	155
5.2. Ocorrência conjunta dos determinantes relacionados com comportamentos.	183
5.2.1. Número de determinantes, segundo o sexo e o grupo etário.	185
5.2.2. Número de determinantes, segundo o sexo e o estado civil.	190
5.2.3. Número de determinantes, segundo o sexo e o nível de ensino.	192
5.2.4. Número de determinantes, segundo o sexo, ocupação, grupo profissional e situação perante a profissão.....	194
5.3. Padrões, em cada sexo, dos conjuntos de determinantes de saúde.	198
5.4. Análise bivariada das frequências dos determinantes.	202
5.4.1. Associação bivariada entre os determinantes.	203
5.4.2. Efeito de cada factor sobre grupos dos restantes determinantes.....	206

5.5.	Efeito do número de determinantes sobre o estado de saúde e a utilização de cuidados.	211
5.5.1.	Análise bivariada.....	211
5.5.2.	Análise multivariada.....	214
5.6.	Potenciais máximos de prevenção.....	217
6.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	221
6.1.	Validade interna dos resultados.....	223
6.1.1.	Tipo e delineamento geral do estudo	223
6.1.2.	População alvo, população em estudo e amostra estudada.....	226
6.1.3.	Abordagem da população	228
6.1.4.	A fonte dos dados, o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.....	231
6.1.5.	Variáveis em estudo	234
6.1.6.	Análise dos dados.....	251
6.2.	Validade externa dos resultados	257
6.2.1.	Padrão demográfico e social da ocorrência conjunta de determinantes.....	259
6.2.2.	Efeito dos determinantes no estado de saúde e utilização de cuidados	269
6.2.3.	Impacte máximo da intervenção sobre agregados de factores.....	270
6.2.4.	Padrão demográfico e social de cada determinante na população.....	272
7.	CONCLUSÕES.....	281
7.1.	Conclusões gerais	283
7.2.	Padrões de ocorrência de cada determinante em nível de risco.....	284
7.3.	Padrões de ocorrência conjunta de determinantes em níveis de risco.....	285
7.4.	Impacte dos determinantes no estado de saúde e na utilização de cuidados.....	289
7.4.1.	O efeito na incapacidade de curta duração	289
7.4.2.	O efeito na utilização de cuidados de saúde	290
8.	RECOMENDAÇÕES	291
8.1.	Recomendações para a intervenção.....	293
8.2.	Recomendações para a investigação.....	294
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	297

APÊNDICES	I
Apêndice 1: Dicionário das variáveis analisadas	III
Apêndice 2: Prevalência de doenças crónicas no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.....	VII
Apêndice 3: Distribuição da população segundo o número de doenças crónicas e variáveis demográficas e sociais no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.....	XXV
Apêndice 4: Distribuição da população segundo o número médio de dias de incapacidade nas duas semanas anteriores, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006	XXXIII
Apêndice 5: Distribuição da população segundo o número médio de consultas médicas nos três meses anteriores, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.....	XXXVII
ANEXOS	XLI
Anexo 1: Caracterização geral do Inquérito Nacional de Saúde.....	XLIII
Anexo 2: Questionário utilizado no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006	LVII

LISTA DE SIGLAS

CINDI: Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CSDH: Commission on the Social Determinants of Health

DA: Department of Agriculture

DALYs: Disability Adjusted Life Years

DEPS: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde

DGS: Direcção-Geral de Saúde

DHHS: Department of Health and Human Services

EC: European Commission

EPIC: European Prospective Study into Cancer and Nutrition

ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and Drugs

EUA: Estados Unidos da América do Norte

FAE: Fracção Atribuível nos Expostos

FAP: Fracção Atribuível na População

HBSC: Health Behaviour in School-Aged Children

CID: Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte

INS: Inquérito Nacional de Saúde

INSA: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IPAQ: International Physical Activity Questionnaire

MRFIT: Multiple Risk Factor Intervention Trial

NUTS: Nomenclatura de Unidades Territoriais para fins Estatísticos

OR: Odds Ratio

OMS: Organização Mundial de Saúde

PSU: Primary Sampling Unit

US: United States of America

WHO: World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição das estimativas do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) da população com idade igual ou superior a 15 anos residente em Portugal em 2005/2006, por sexo e <u>grupo etário</u>	150
Quadro 2: Distribuição das estimativas do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) da população com idade igual ou superior a 15 anos residente em Portugal em 2005/2006, por sexo e <u>estado civil de facto</u>	151
Quadro 3: Distribuição das estimativas do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) da população com idade igual ou superior a 15 anos residente em Portugal em 2005/2006, por sexo e <u>nível de ensino máximo alcançado</u>	152
Quadro 4: Distribuição das estimativas do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) da população com idade igual ou superior a 15 anos residente em Portugal em 2005/2006, por sexo e <u>ocupação principal</u>	153
Quadro 5: Distribuição das estimativas do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) da população com idade igual ou superior a 15 anos residente em Portugal em 2005/2006, por sexo e <u>profissão principal</u>	155
Quadro 6: Distribuição das estimativas do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) da população com idade igual ou superior a 15 anos residente em Portugal em 2005/2006, por sexo e <u>situação face à profissão principal</u>	155

Quadro 7: Distribuição, por sexo, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos residentes em Portugal em 2005/2006, segundo <u>4 determinantes de saúde relacionados com comportamentos</u>	156
Quadro 8: <u>Grupos sócio-demográficos</u> da população com idade igual ou superior a 15 anos residente em Portugal em 2005/2006, onde se verificaram as prevalências mais elevadas de cada um dos 4 determinantes de saúde relacionados com comportamentos.....	157
Quadro 9: Distribuição por sexo e <u>grupo etário</u> das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, <u>fumadoras diárias ou ocasionais</u>	158
Quadro 10: Distribuição por sexo e <u>estado civil de facto</u> das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, <u>fumadoras diárias ou ocasionais</u>	159
Quadro 11: Distribuição por sexo e <u>nível de ensino mais elevado</u> alcançado, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, <u>fumadoras diárias ou ocasionais</u>	160

Quadro 12: Distribuição por sexo e <u>ocupação principal</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, <u>fumadoras diárias ou ocasionais</u>	162
Quadro 13: Distribuição por sexo e <u>profissão principal agrupada</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, <u>fumadoras diárias ou ocasionais</u>	163
Quadro 14: Distribuição, por sexo e <u>situação na profissão principal</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, <u>fumadoras diárias ou ocasionais</u>	164
Quadro 15: Distribuição, por sexo e <u>grupo etário</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde</u>	165
Quadro 16: Distribuição por sexo e <u>estado civil de facto</u> das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde</u>	166

Quadro 17: Distribuição, por sexo e <u>nível de ensino máximo alcançado</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde</u>	167
Quadro 18: Distribuição por sexo e <u>ocupação principal</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde</u>	168
Quadro 19: Distribuição por sexo e <u>profissão principal agrupada</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde....	169
Quadro 20: Distribuição, por sexo e <u>situação na profissão principal</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde</u>	170
Quadro 21: Distribuição, por sexo e <u>grupo etário</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%) de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>alimentação não saudável</u>	171

Quadro 22: Distribuição por sexo e <u>estado civil de facto</u> das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>alimentação não saudável</u>	172
Quadro 23: Distribuição, por sexo e <u>nível de ensino máximo alcançado</u> , das estimativas na população com idade igual ou superior a 15 anos, do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>alimentação não saudável</u>	173
Quadro 24: Distribuição por sexo e <u>ocupação principal</u> , das estimativas na população com 15 e mais anos de idade, do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>alimentação não saudável</u>	174
Quadro 25: Distribuição por sexo e <u>profissão principal agrupada</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>alimentação não saudável</u>	175
Quadro 26: Distribuição, por sexo e <u>situação na profissão principal</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>alimentação não saudável</u>	176

Quadro 27: Distribuição, por sexo e <u>grupo etário</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>consumo de risco de bebidas alcoólicas</u>	177
Quadro 28: Distribuição por sexo e <u>estado civil de facto</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>consumo de risco de bebidas alcoólicas</u>	178
Quadro 29: Distribuição, por sexo e <u>nível de ensino máximo alcançado</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>consumo de risco de bebidas alcoólicas</u>	179
Quadro 30: Distribuição, por sexo e <u>ocupação principal</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>consumo de risco de bebidas alcoólicas</u>	180
Quadro 31: Distribuição, por sexo e <u>profissão principal agrupada</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>consumo de risco de bebidas alcoólicas</u>	181

Quadro 32: Distribuição, por sexo e <u>situação na profissão principal</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>consumo de risco de bebidas alcoólicas</u>	182
Quadro 33: Distribuição, por sexo, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, segundo o <u>número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos</u>	184
Quadro 34: Distribuição, por sexo e grupo etário, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, segundo o <u>número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos</u>	186
Quadro 35: Distribuição, por sexo e <u>estado civil de facto</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, segundo o <u>número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos</u>	191
Quadro 36: Distribuição, por sexo e <u>nível de ensino máximo alcançado</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, segundo o <u>número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos</u>	193

Quadro 37: Distribuição, por sexo e ocupação principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, segundo o número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos.....	195
Quadro 38: Distribuição, por sexo e <u>profissão principal</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, segundo o <u>número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos</u>	196
Quadro 39: Distribuição, por sexo e <u>situação perante a profissão</u> , das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, segundo o <u>número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos</u>	197
Quadro 40: <u>Prevalências (%) observadas (O) e esperadas (E), razão O/E</u> e respectivo Intervalo de 95% de confiança (IC95%) de 4 determinantes de saúde relacionados com comportamentos e das suas combinações, na população com idade igual ou superior a 15 anos, segundo o número de determinantes de saúde conjuntos, por sexo, em Portugal em 2005/2006.....	199

Quadro 41: <u>Ordenação decrescente das razões entre os valores observados (O) e esperados (E)</u> das prevalências de ocorrência conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos na população portuguesa do sexo masculino com idade igual ou superior a 15 anos (Inquérito Nacional de Saúde, 2005/2006)...	200
Quadro 42: <u>Ordenação decrescente das razões entre os valores observados (O) e esperados (E)</u> das prevalências de ocorrência conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos na população portuguesa do sexo feminino com idade igual ou superior a 15 anos (Inquérito Nacional de Saúde, 2005/2006).....	201
Quadro 43: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) do consumo de bebidas alcoólicas de risco, alimentação não saudável e actividade física, <u>segundo o consumo de tabaco na população de ambos os sexos</u> , com idade igual ou superior a 15 anos, residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.....	203
Quadro 44: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) do consumo de bebidas alcoólicas de risco, alimentação não saudável e actividade física insuficiente, <u>segundo o consumo de tabaco, na população masculina</u> de 15 e mais anos de idade, residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.....	203
Quadro 45: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) do consumo de bebidas alcoólicas de risco, alimentação não saudável e actividade física insuficiente, <u>segundo o consumo de tabaco na população feminina</u> de 15 e mais anos de idade, residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.....	203

Quadro 46: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) de consumidores excessivos de bebidas alcoólicas, alimentação não saudável e sedentarismo, <u>segundo o consumo de bebidas alcoólicas, na população de ambos os sexos</u> de 15 e mais anos de idade residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.....	204
Quadro 47: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) de consumidores excessivos de bebidas alcoólicas, alimentação não saudável e sedentarismo, <u>segundo o consumo de bebidas alcoólicas na população do sexo masculino</u> de 15 e mais anos de idade, residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.....	204
Quadro 48: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) de consumo de tabaco, alimentação não saudável e sedentarismo, <u>segundo o consumo de bebidas alcoólicas na população do sexo feminino</u> de 15 e mais anos de idade, residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006....	204
Quadro 49: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) da alimentação não saudável, <u>segundo a actividade física insuficiente</u> para gerar benefícios de saúde, <u>na população de ambos os sexos</u> de 15 e mais anos de idade, residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006....	205
Quadro 50: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) da alimentação não saudável, segundo a actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, na população do sexo masculino de 15 e mais anos de idade no residente em Portugal, no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.....	205

Quadro 51: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) da alimentação não saudável, <u>segundo a actividade física insuficiente</u> para gerar benefícios de saúde, na população <u>do sexo feminino</u> de 15 e mais anos de idade, residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.....	205
Quadro 52: <u>Odds Ratios não ajustadas</u> e respectivos Intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a associação entre os 4 determinantes de saúde relacionados com comportamentos e suas combinações, na população portuguesa de <u>ambos os sexos</u> com idade igual ou superior a 15 anos, segundo o número de determinantes de saúde conjuntos (Portugal 2005/2006).....	208
Quadro 53: <u>Odds Ratios não ajustadas</u> e respectivos Intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a associação entre os 4 determinantes de saúde relacionados com comportamentos e suas combinações, na população portuguesa do <u>sexo masculino</u> com idade igual ou superior a 15 anos, segundo o número de determinantes de saúde conjuntos (Portugal 2005/2006).....	209
Quadro 54: <u>Odds Ratios não ajustadas</u> e respectivos Intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a associação entre os 4 determinantes de saúde relacionados com comportamentos e suas combinações, na população portuguesa do <u>sexo feminino</u> com idade igual ou superior a 15 anos, segundo o número de determinantes de saúde conjuntos (Portugal 2005/2006).....	210

Quadro 55: Estimativas populacionais do número médio (N) e intervalo de 95% de confiança para a média (IC 95%), de <u>dias de incapacidade de temporária</u> , por sexo e número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos em níveis de risco, na população com 15 e mais anos de idade (Portugal, 2005/2006).....	212
Quadro 56: Estimativas populacionais do número médio (N) e intervalo de 95% de confiança para a média (IC 95%), de <u>consultas médicas nos 3 meses anteriores</u> , por sexo e número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos em níveis de risco, na população com 15 e mais anos de idade (Portugal, 2005/2006).....	213
Quadro 57: Estimativas populacionais do número médio (N) e intervalo de 95% de confiança para a média (IC 95%), de <u>consultas médicas nos 3 meses anteriores</u> , por sexo e número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos em níveis de risco, na população com 15 e mais anos de idade (Portugal, 2005/2006).....	213
Quadro 58: <i>Odds Ratios</i> para o efeito da presença conjunta de determinantes de saúde na <u>incapacidade de curta duração</u> superior ao percentil 50 nas duas semanas anteriores na população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos, por sexo, em 2005/2006.....	215
Quadro 59: <i>Odds Ratios</i> para o efeito da presença conjunta de determinantes de saúde na <u>utilização de quatro ou mais consultas médicas nos três meses anteriores</u> , segundo o número de determinantes, na população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos, por sexo, em 2005/2006.....	216

Quadro 60: Fracções (%) do risco de incapacidade de curta duração igual ou superior a 5 dias, e Intervalos de Confiança de 95% (IC95%), atribuíveis, na população exposta (FAE) e na população total (FAP), a cada nível de ocorrência conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos na população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos, por sexo, em 2005/2006..... 218

Quadro 61: Fracções (%) do risco de utilização de 4 ou mais consultas médicas nos 3 meses anteriores, atribuíveis à exposição à ocorrência conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos, nos expostos a cada nível de ocorrência conjunta de determinantes de saúde (FAE) na população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos, por sexo, em 2005/2006..... 219

LISTA DE FIGURAS

- Gráfico 1:** Distribuição, por sexo, das estimativas na população com idade igual ou superior a 15 anos, da prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança do número de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos referidos no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006..... **185**
- Gráfico 2:** Distribuição, por sexo e grupo etário, das estimativas na população masculina com idade igual ou superior a 15 anos, da prevalência (%) do número de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos referidos no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006..... **187**
- Gráfico 3:** Distribuição, por sexo e grupo etário, das estimativas na população feminina com idade igual ou superior a 15 anos, da prevalência (%) do número de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos referidos no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006..... **188**
- Gráfico 4:** Distribuição na população masculina com idade igual ou superior a 15 anos, por grupo etário, das estimativas da prevalência (%) do número acumulado de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos referidos no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006..... **189**

Gráfico 5: Distribuição na população feminina com idade igual ou superior a 15 anos, por grupo etário, das estimativas da prevalência (%) do número acumulado de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos referidos no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006..... **189**

Gráfico 6: Distribuição, por grupo etário, das razões entre os sexos das prevalências do número de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos, na população portuguesa (Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006)..... **190**

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1: Dicionário das variáveis analisadas.....	III
Apêndice 2: Distribuição da população segundo a prevalência de algumas doenças e problemas de saúde segundo variáveis demográficas e sociais.....	VII
Apêndice 3: Distribuição da população segundo o número de doenças crónicas de e variáveis demográficas e sociais.....	XXV
Apêndice 4: Distribuição da população segundo o número médio de dias de incapacidade de curta duração nas duas semanas anteriores de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.....	XXXIII
Apêndice 5: Distribuição da população segundo o número médio de consultas médicas nos três meses anteriores à entrevista, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.....	XXXVII

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Caracterização geral do Inquérito Nacional de Saúde.....	XLIII
Anexo 2: Questionário utilizado no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.....	LVII

Agradeço ao Sr. Professor Doutor Teodoro Briz, pela orientação sagaz, ensinamentos, e acompanhamento, exigente e constante, ao longo de todo o percurso do doutoramento.

Ao Professor Doutor Constantino Sakellarides e ao Professor Doutor Paulo Ferrinho, elementos da Comissão Tutorial, agradeço o apoio constante.

Ao Dr. Baltazar Nunes, pela revisão de algumas secções do texto, relativas aos métodos estatísticos.

A todos os que fizeram, e fazem, da Escola Nacional de Saúde Pública, casa que conheço desde 1991, um foco de saber e desenvolvimento, agradeço o apoio concreto, demonstrado com solidariedade.

1. Introdução

1.1. Relevo do conhecimento sobre ocorrência conjunta de determinantes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conjunto das principais doenças crónicas e degenerativas não transmissíveis - doença cardiovascular, doença cerebrovascular, doença neoplásica maligna, diabetes mellitus e doença pulmonar crónica obstrutiva - constituem o mais importante problema de saúde global, dada a sua magnitude, tendência crescente, dispersão mundial e carga que colocam sobre os cidadãos, o funcionamento e a sustentabilidade dos sistemas de saúde e as sociedades actuais (WHO, 1998; WHO, 2008; WHO, 2011).

Estas doenças crónicas estão na origem de um volume de morbilidade, incapacidade, despesa em cuidados de saúde, e mortalidade, maior do que qualquer outro grupo de doenças ou problemas de saúde, potenciado pelo aumento da esperança de vida e envelhecimento da população (WHO, 2008). Em 2004, por exemplo, morreram em todo o mundo 17.1 milhões de pessoas devido a doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, o que representou 29% do número total de mortes, das quais 7.2 milhões se deveram a doença coronária isquémica, e 5.7 milhões a acidente vascular cerebral (WHO, 2011).

Em Portugal, as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares e as doenças neoplásicas malignas foram responsáveis, respectivamente, por 32,3% e 23,5% do número total de óbitos em 2008 (Portugal.MS.DGS, 2010). Em 2009, a taxa de mortalidade por doença isquémica cardíaca era de 9,2/10000/ano, superior ao melhor valor verificado em países da União Europeia que era de 8,9/100000/ano (Portugal.MS.ACS, 2010).

A nível global, 61% da mortalidade e dos anos de vida com saúde, perdidos devido às principais doenças crónicas podem ser atribuídos a oito factores determinantes de saúde, quando presentes em níveis de risco: consumo de risco de álcool, consumo de tabaco, ingestão insuficiente de frutos, legumes e vegetais, inactividade física, hipertensão arterial, excesso de peso e obesidade, hipercolesterolemia e hiperglicémia (WHO, 2009a).

Apesar dos ganhos em saúde obtidos durante o século XX, os padrões populacionais dos principais factores de risco alteram-se de forma cada vez mais rápida em todo o mundo, levando a OMS a cunhar a frase **“transição dos riscos”** (WHO, 2002). Esta designação pretende captar a alteração de um padrão de risco dependente de aspectos ligados ao subdesenvolvimento, como a subnutrição e a insalubridade do meio, para um outro, ligado, de forma directa ou indirecta, a escolhas e comportamentos individuais e colectivos, típicos dos países desenvolvidos, como o consumo de tabaco ou a obesidade.

As intervenções que visam controlar, ou eliminar, os níveis de risco destes determinantes apoiam-se, maioritariamente, em conhecimento epidemiológico, obtido ao longo de várias décadas, sobre as principais exposições determinantes dos problemas de saúde, designadamente o conhecimento sobre os factores de risco para as doenças crónicas mais frequentes. Essa base de evidência epidemiológica assenta no paradigma multi-causal, que atribui a frequência dos problemas de saúde ao efeito de múltiplos factores de exposição, e é utilizado na justificação e orientação das intervenções em Saúde Pública, particularmente as preventivas, mas, também, nas intervenções de natureza clínica (Truman, 2000; Rychetnik, 2004; Pang, 2007).

No entanto, ainda hoje, os estudos de natureza epidemiológica que alimentam aquela base de evidência seguem modelos de abordagem geralmente muito simplificados, ao estudar, de cada vez, a associação entre uma variável de exposição, explicativa, e uma variável de

resultado, removendo, simultaneamente, o efeito de outras variáveis, potenciais explicações alternativas (Kriger, 1994; Last, 1998).

Embora esta abordagem epidemiológica, clássica, tenha permitido identificar e conhecer, os factores de risco de doença alvo actual das intervenções clínicas, o conhecimento gerado apoia, também, as intervenções de Saúde Pública que visam assim, geralmente, cada um dos factores de forma isolada, sem atender, muitas vezes, ao seu contexto e inter-relações complexas (Pang, 2007). Como resultado, os programas de Saúde Pública privilegiam a quebra das ligações lineares entre cada um dos factores de risco e o problema de saúde em questão, e não os níveis mais elaborados, e reais, de exposição, onde se pode incluir a exposição concomitante a múltiplos factores.

Na prática, estes programas encontram, de facto, pessoas, grupos e populações, em que a característica eleita para a intervenção ocorre conjuntamente com outras, num contexto complexo e em grande parte desconhecido, impedindo intervenções potencialmente mais efectivas e avaliáveis (Atkins, 2004; Curry, 2004).

As questões contextuais do envelhecimento e do género, primeiro, e a questão das desigualdades sociais, depois, levaram à necessidade de explicitar a base de conhecimento científico que suporta o planeamento e a programação das intervenções de Saúde Pública, de acordo com estratos das variáveis que caracterizem aquelas dimensões, estratégia que se revela necessária ao estudo de outros factores (WHO, 1998; WHO, 2003).

Nas últimas décadas, o interesse da comunidade científica sobre a ocorrência conjunta de factores de risco tem aumentado na área clínica, com o estudo aprofundado da síndrome metabólica e da gestão do risco cardiovascular global, retomando os estudos epidemiológicos sobre factores de risco das doenças cardiovascular e cerebrovascular realizados nas décadas de 50 e 60 do século passado (Portugal.MS.DGS, 2007).

Embora com início mais tardio, também na área da medicina preventiva, e na área da Saúde Pública, o aperfeiçoamento do delineamento dos estudos epidemiológicos sobre a ocorrência conjunta dos principais determinantes de saúde e factores de risco, em particular aqueles que estão implicados na ocorrência das doenças crónicas, bem como o estudo da efectividade das intervenções sobre múltiplos factores, traduzem o interesse crescente no conhecimento da ocorrência conjunta dos determinantes de saúde, visando melhorar o planeamento em saúde, apoiar intervenções programadas de Saúde Pública, e permitir a correcta avaliação da sua efectividade (WHO, 2002; WHO, 2009).

A distribuição conjunta de determinantes de saúde, considerando, geralmente, os seus níveis de risco, tem sido estudada recentemente em diversas populações, quase sempre utilizando dados provenientes de inquéritos nacionais de saúde, ou de outros estudos realizados em amostras representativas da população (Berrigan, 2003; Australian Government, 2005; Lawder, 2010).

Em 2008, a OMS elegeu como estratégia global para a prevenção e controlo das doenças crónicas, a redução dos níveis de risco dos quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos que lhes são comuns: consumo de tabaco, alimentação, actividade física e consumo de álcool (WHO, 2008). O interesse por estes determinantes, como via para a obtenção de ganhos em saúde, é justificado por diversas razões: primeiro, pelo seu carácter potencialmente evitável, embora dependam, em grande parte, de escolhas individuais e colectivas; em segundo lugar, porque através da intervenção dirigida a cada um é possível alterar o risco de morte e de doença, a nível individual e populacional; finalmente, porque existem relações entre estes determinantes, nas quais se inclui a sua menos conhecida ocorrência conjunta, nos indivíduos e nas populações, que sugerem que

intervenções dirigidas a um desses factores podem, potencialmente, alterar os níveis dos restantes (Laaksonen, 2001; Whitlock, 2002).

Uma das categorias de informação relevante para o decisor em Saúde Pública é a que indica qual o potencial máximo de prevenção que pode ser obtido com uma determinada intervenção dirigida a um determinante de saúde. De posse desse conhecimento, o decisor pode, durante o processo de planeamento, estabelecer objectivos quantificados e metas de acordo com a melhor informação disponível (Briz, 1990).

O conceito de risco atribuível, nos seus dois planos – risco atribuível à exposição, nos expostos, e risco atribuível à exposição, na população total – é um dos principais conceitos em epidemiologia, e constitui a base para a obtenção daquele tipo de informação, útil ao planeamento e à avaliação em Saúde Pública (Briz, 1990; Rothman, 1998).

A importância desta medida levou a OMS a dedicar o Relatório Mundial de Saúde de 2002 aos factores de risco, e a disponibilizar, em 2009, estimativas de mortalidade e de carga de doença globais, atribuíveis aos principais factores de risco, ligando, assim, o conceito de risco atribuível ao controlo das doenças crónicas (WHO, 2002; WHO, 2009).

Em Portugal, mesmo a investigação acerca de cada um dos principais determinantes de saúde tem pouca expressão, limitando-se à descrição epidemiológica da prevalência de cada um desses determinantes nos seus níveis de risco, como, por exemplo, o consumo de tabaco, ou de bebidas alcoólicas, a hipertensão arterial, a obesidade, entre outros.

O desconhecimento sobre o padrão alimentar dos portugueses, por exemplo, é paradigmático deste desinteresse, datando de 1981 os últimos dados obtidos numa amostra representativa da população, através do único Inquérito Alimentar Nacional realizado até hoje no nosso país (Portugal.MS.INSa, 1981).

Não obstante, um dos múltiplos programas nacionais incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, vigente até há pouco tempo, denominado “Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde relacionados com Estilos de Vida”, preconizava, nos seus objectivos, a atenção devida às intervenções sobre múltiplos determinantes de saúde relacionados com os estilos de vida, e elegia o tabaco, o álcool, a alimentação, a actividade física e o *stress psicológico* (Portugal.MS.DGS, 2003). No entanto, o texto desse programa não refere, no seu enquadramento, a ocorrência conjunta destes determinantes, nem preconiza, depois, intervenções dirigidas a conjuntos desses factores, mas sim a integração das diversas abordagens no controlo das doenças crónicas.

Também uma circular normativa emitida em 2007 pela Direcção-Geral de Saúde (DGS) determinou que “...seja considerada como prioritária a avaliação do risco global cardiovascular, em todos os indivíduos assintomáticos com um risco cardiovascular elevado, como resultado da presença de múltiplos factores de risco (ou de níveis extremamente elevados de um único factor de risco), ou de antecedentes familiares de 1º grau com história precoce de doença cardiovascular aterosclerótica (ou com factores de risco individuais elevados).” (Portugal.MS.DGS, 2007). Esta norma, no entanto, contempla apenas o tabagismo no cálculo do valor do risco cardiovascular global, sendo os restantes factores nela considerados, de natureza demográfica, clínica e laboratorial.

De acordo com a revisão bibliográfica efectuada, são raros os estudos de investigação propositadamente realizados no nosso País com o objectivo de estudar a ocorrência conjunta de determinantes de saúde. Num censo de um dia a utilizadores de um centro de saúde, Emília Natário identificou um baixo índice de comportamentos favoráveis, mais evidente nas classes sociais desfavorecidas (Natário, 1992). Num outro estudo, em

crianças e adolescentes, Dias Ribeiro caracterizou a agregação de obesidade e sedentarismo, bem como de outros factores de risco cardiovascular (Ribeiro, 2004).

1.1.1. A importância das doenças crónicas

As doenças crónicas têm uma duração longa e, de um modo geral, progridem lentamente, originando impactes sociais e económicos apreciáveis e crescentes (WHO, 2008). As principais doenças deste grupo são a doença cardiovascular, a doença cerebrovascular, as neoplasias malignas, a doença respiratória crónica e a diabetes mellitus que, no seu conjunto, estão relacionadas com 60% de toda a mortalidade a nível global, estimando-se que em 2005 tenham causado 35 milhões de mortos, dos quais metade em pessoas com menos de 70 anos de idade e metade em mulheres (WHO, 2011).

Merecem destaque as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, principais causas de morte a nível global, situação que se prevê não se altere durante as próximas décadas (WHO, 2011). Estima-se que em 2001 e em 2005, estas duas doenças tenham resultado na morte de, respectivamente, 16,6 e 17,5 milhões de pessoas, o que representou cerca de 30% de todas as mortes, em cada um daqueles anos, a nível global. Dessas mortes, 7.6 milhões terão sido devidas a enfartes agudos do miocárdio e 5.7 milhões a acidentes vasculares cerebrais, tendo a maior parte (80%) ocorrido em países com rendimento baixo ou médio, afectando ambos os sexos de forma semelhante (WHO, 2008).

O aumento do interesse e do conhecimento científico sobre as causas das doenças crónicas verificou-se após a alteração sofrida pelas populações de alguns países mais desenvolvidos, durante a primeira metade do século XX, de um padrão de distribuição

populacional da doença e da morte relacionado, predominantemente, com doenças transmissíveis, para um outro padrão, relacionado fundamentalmente com doenças crónicas e degenerativas não transmissíveis (Omran, 1971).

Esta alteração, designada de “transição epidemiológica”, pode ser observada, também, nos países menos desenvolvidos, como os países Africanos, onde, desde finais do século passado, em especial nos ambientes urbanos, a população se encontra exposta de modo cada vez mais intenso a características ambientais, sociais e económicas, semelhantes às observadas nos países ocidentais (Unwin, 2001; WHO, 2008).

Na maior parte dos países desenvolvidos, em especial na Europa ocidental e do norte, a frequência das doenças cardiovasculares decresceu durante a segunda metade do século XX, tendência iniciada no início da década de 60 e acentuada na década de 80 (Pater, 2001; Marmot, 2005a). No entanto, essa tendência tornou-se menos favorável a partir da década de 90, contribuindo para que as doenças cardiovasculares permaneçam como a causa de morte mais importante a nível global (WHO, 2011).

Pelo contrário, os países da Europa de leste, mais pobres, assim como os países menos desenvolvidos do mundo, têm sofrido aumentos apreciáveis na frequência destas doenças (Pater, 2001; Marmot, 2005a; WHO, 2011). Nesses países, as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares afectam, predominantemente, pessoas em idade activa, entre os 30 e os 64 anos, originando impactes sociais e económicos elevados, com custos, directos, relacionados com despesas de saúde, e indirectos, relacionados com perdas de produtividade e de rendimento (Gaziano, 2007).

Algumas projecções indicam que em 2015, 20 a 25 milhões de pessoas morram anualmente por doenças cardio e cerebrovasculares e que, em 2025, dois terços das mortes por estas doenças ocorram em países em desenvolvimento. Estas doenças representarão,

então, a principal causa de perda de anos de vida ajustados para a incapacidade a nível global e a segunda nos países em desenvolvimento (Gaziano, 2007; WHO, 2008).

Em Portugal, as doenças do aparelho circulatório – cardiopatia isquémica e doenças cerebrovasculares – foram responsáveis por 32,3% do número total de óbitos em 2008, ou seja, 13,9% e 7,4%, respectivamente (Portugal.MS.DGS, 2010). Também naquele ano, 23,5% dos óbitos foram devidos a neoplasias malignas, sendo as mais frequentes localizadas no aparelho respiratório (laringe, traqueia, brônquios e pulmão), estômago, próstata e mama feminina (Portugal.MS.DGS, 2010). Entre 1990 e 2009, a tendência foi de decréscimo da mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares e, paralelamente, de aumento da mortalidade por doenças neoplásicas malignas (Portugal.INE, 2010).

As neoplasias malignas são, aliás, uma das principais causas de morte a nível global, tendo causado 13% de todas as mortes em 2008 (7.6 milhões de óbitos), prevendo-se que venham a causar 11 milhões de mortes anuais em 2030.

No entanto, mais de 30% destas principais causas de morte são evitáveis, uma vez que os principais factores de risco são modificáveis, designadamente o consumo de tabaco e de álcool, a alimentação pobre em vegetais e frutos, e a inactividade física (WHO, 2011).

1.1.2. A importância dos determinantes de saúde

De acordo com a OMS, em 2002, 47% da mortalidade prematura global e 39% da carga total de doença eram atribuíveis aos efeitos conjuntos de vinte factores de risco (WHO, 2002; Ezzati, 2003).

De entre estes, os padrões da distribuição de factores relacionados com comportamentos – actividade física, alimentação, consumo de tabaco e de álcool – modificam-se rapidamente, de modo geral para níveis mais nocivos para a saúde, tendência comum a todas regiões e países do mundo. No entanto, esta alteração, denominada pela OMS **“transição dos riscos”**, afecta de modo diferente países com desenvolvimento diferente, exigindo abordagens também diferentes (WHO, 2002; WHO, 2009).

A remoção da exposição aos níveis de risco desses factores poderia levar ao ganho de 9.3 anos de vida, ou seja, 17% da esperança de vida ajustada para a saúde a nível global (Health Adjusted Life Expectancy – HALE), o qual poderia variar entre 4.4 anos (6% da HALE), nos países em desenvolvimento do Pacífico Ocidental, e 16.0 anos (43% da HALE), na África Sub-Saariana (Ezzati, 2003). Saliente-se o impacto sobre as doenças cardiovasculares evitáveis em 50% dos casos (WHO, 1998; WHO, 2008).

Apesar dos progressos positivos verificados nos perfis de factores de risco cardiovascular, que levaram a reduções significativas na mortalidade por estas doenças num elevado número de países durante os últimos 50 anos, alguns indicadores sugerem que a epidemia de obesidade, actualmente em curso a nível global, pode ter interferido com esta tendência e alterado o ritmo do seu declínio (Hu, 2000; Fox, 2004). O aumento contínuo das taxas de prevalência de excesso de peso e de obesidade sugere, aliás, que o impacto real desta epidemia ainda é desconhecido (Flegal, 1998; Flegal, 2002; Ogden, 2006).

Considerando que alguns dos determinantes de saúde relacionados com comportamentos são componentes causais de muitas doenças crónicas e, também, componentes causais da ocorrência de outros determinantes, o conhecimento nesta área deve ser actualizado face à alteração dos padrões dos determinantes de saúde, em especial os relacionados com comportamentos, de modo a adequar-se ao controlo das doenças crónicas.

1.2. Quadros conceptuais no estudo dos determinantes de saúde

1.2.1. Aspectos históricos

Ao longo da história, a necessidade de explicar as causas das doenças apoiou-se, primeiro, em quadros conceptuais lineares, em que a doença era encarada como estando directamente relacionada com um factor externo, geralmente divino ou místico, até quadros mais complexos, ainda não completamente esclarecidos, suportados em evidência quantitativa de carácter epidemiológico a partir do século XX (Briz, 2009; Last, 2010).

O primeiro modelo terá prevalecido por milhares de anos, considerando-se que foi com Hipócrates que a complexidade das relações causais foi inicialmente sugerida. Na sua obra *“tratado dos ares, águas e lugares”*, Hipócrates reconhece a interacção entre factores ambientais (ar, água e solos) e a saúde das populações, recomendando a observação do ambiente físico e dos hábitos dos habitantes antes do médico entrar numa nova localidade.

A teoria Humoral era, no entanto, prevalecente, e passariam vários séculos até que modelos mais complexos fossem recuperados, mantendo-se, entretanto, explicações não científicas, apoiadas em relações causais lineares (Barros, 2002).

A época do Renascimento propiciou a observação e a identificação de elementos microscópicos (corpúsculos) mais tarde relacionados directamente, por Pasteur, com a infecção. A concepção da relação linear entre a causa e o efeito evoluiu, então, para um novo modelo, em que a ocorrência das doenças era explicada pela interacção entre o “agente”, o “hospedeiro” e o “meio”. Este modelo, “triangular”, baseia-se na história

natural da doença, e no reconhecimento daquelas dimensões, onde os factores intervenientes na explicação da ocorrência da doença actuam, sendo, consequentemente, aqueles aos quais as actividades preventivas se devem dirigir (Barros, 2002; Oleske, 2009).

1.2.2. Modelos multi-causais

A frequência crescente de doenças crónicas e degenerativas, observada a seguir à Segunda Grande Guerra Mundial nas populações dos países mais desenvolvidos, resultou, em especial, do aumento da frequência das doenças cardiovasculares, à época altamente letais. A necessária investigação das suas causas gerou um vastíssimo conjunto de informação e conhecimento sobre os factores de risco cardiovascular, de extrema importância para a prevenção e controlo daquelas doenças.

Uma das consequências deste volume de conhecimento foi a expansão dos modelos conceptuais até então utilizados no apoio à apreciação da causalidade, já que o modelo “triangular”, utilizado desde a época bacteriológica, se revelou insuficiente para acomodar o número crescente de características associadas à ocorrência de doença coronária, muitas delas potenciais factores causais.

A elaborada rede de associações estatísticas que então surgiu, primeiro para a doença coronária, e depois para outras doenças crónicas, dominou o pensamento e a prática epidemiológica durante a segunda metade do século XX, e contribuiu, decisivamente, para o desenvolvimento das actuais intervenções biomédicas em ambiente hospitalar, em ambiente de cuidados de saúde primários e, mesmo, em Saúde Pública (Krieger, 1994).

Representados, metaforicamente, pelo termo **“teia de causalidade”**, os modelos multicausais permanecem como um dos cânones conceptuais da epidemiologia e da ciência médica actuais (Krieger, 1994; Oleske, 2009).

Na sua vertente de análise, estes modelos baseiam-se no cálculo de associações estatísticas entre uma variável independente (a exposição de interesse para responder à pergunta de investigação) e uma outra variável, dependente, caracterizadora do problema em estudo (Krieger, 1994). A probabilidade de que a presença da primeira característica esteja associada à ocorrência da segunda é, então, quantificada através de medidas estatísticas de associação, geralmente o risco relativo ou a razão das razões das possibilidades complementares (daqui em diante designada por *Odds Ratio*, utilizando a terminologia anglo-saxónica, mais sucinta), apresentadas de forma isolada, após se tomar em consideração, eliminando, limitando, ou controlando, através de métodos estatísticos e epidemiológicos, o efeito que outras variáveis de exposição têm sobre essa associação (Krieger, 1994; Last, 1998; Schwartz, 1999; Murray, 2003).

A evidência sobre as relações entre os múltiplos componentes causais que explicam a ocorrência de problemas de saúde na população baseia-se assim, principalmente, em informação sobre associações probabilísticas bivariadas, obtidas após eliminação, ou controlo, do efeito de outras características individuais, ou do meio, interferentes nessa relação. Esse controlo, ou eliminação é efectuado através da restrição da população em estudo, do emparelhamento dos grupos em comparação, da estratificação do cálculo da medida de associação, por categorias das variáveis interferentes, ou através de métodos de regressão que eliminam o seu efeito (Kleinbaum, 1982; Last, 1998; Krieger, 1999).

A “teia” de associações estatísticas, lineares ou complexas, entre as múltiplas características do ambiente, em sentido lato, e do indivíduo (factores de exposição e

problemas de saúde) tende, portanto, a ocultar o efeito das outras variáveis de exposição, potencialmente explicativas e com interferência na relação específica em estudo. A não inclusão nos modelos de ajustamento, das interações entre as próprias variáveis explicativas, de diversos sentidos e que, em alguns casos, são componentes causais para a ocorrência do factor de exposição principal em estudo, em face do resultado de saúde em causa, contribuem para este afastamento da realidade (Rothman, 1976; Kleinbaum, 1982).

Uma vez que a saúde inclui dimensões físicas e psicológicas diversas e não resulta, apenas, da ausência de doença, e porque múltiplos factores a influenciam, é essencial conhecer e compreender a natureza e âmbito desses factores no seu conjunto, para que sejam escolhidas as intervenções mais efectivas, bem como os indicadores mais adequados para as monitorizar e avaliar. No entanto, a discussão acerca da existência e do papel causal de todos esses factores apoia-se, finalmente, em critérios analíticos, estatísticos e quantitativos e apenas depois em critérios de natureza qualitativa, contextuais mais próximos da complexidade real (Krieger, 1994; Last, 1998; Rothman, 1998; Hofler, 2005).

Pode, portanto, ser difícil identificar e estudar as redes de causalidade, precisamente a base do paradigma epidemiológico que tem servido de base à explicação da etiologia, patogenia e distribuição populacional da maior parte das doenças e dos problemas de saúde na população, assim como para elaborar estratégias de intervenção de Saúde Pública, mas também clínicas (Schwartz, 1999; Murray, 2003).

Por exemplo, o cálculo do índice de risco cardiovascular, desenvolvido no âmbito do estudo de Framingham, permite, actualmente, calcular a probabilidade de ocorrência de doença no indivíduo, utilização, aliás, muito divulgada na população (Anderson, 1991; Grundy, 1999; Giampaoli, 2005). No entanto, a aplicação concreta deste índice a pessoas de sexo ou idade diferente carece da explicitação de algumas das características, também

elas explicativas, cujos efeitos foram, afinal, eliminados por ajustamento através de métodos de regressão logística, na fase de análise estatística, permanecendo desconhecidos.

1.2.3. Modelos relevantes para a prática de Saúde Pública

Já no terceiro quartel do século XX, tornou-se evidente a necessidade, e possibilidade, de aplicar o conhecimento científico entretanto acumulado sobre os factores de risco de doença, à melhoria do estado de saúde das populações. A carta de Ottawa, elaborada pela OMS, a comunicação, sua precursora, proferida em 1973 por Mark Lalonde, e o relatório publicado em 1974 pelo Ministério da Saúde do Canadá, sobre a saúde dos canadianos, conhecido por “relatório Lalonde”, foram os precursores dos modernos quadros conceptuais utilizados na análise daqueles factores, caracterizados pela eleição não da doença, como até então, mas da pessoa e da população (Lalonde, 1981; WHO, 1986).

O **modelo do “campo de saúde”** foi aperfeiçoado por Evans e Stoddart no final do século XX, como quadro conceptual a seguir na análise dos determinantes da saúde, entendida a saúde não apenas como a ausência de doença mas, também, como a existência de capacidade funcional e de bem-estar (Evans, 1990). Este modelo utiliza uma abordagem multidisciplinar para classificar os determinantes de saúde em quatro grandes grupos de factores que têm a capacidade de afectar diversos problemas de saúde, em detrimento de factores específicos que contribuem, geralmente, para pequenas mudanças no estado de saúde. Os grandes grupos de factores considerados neste modelo estão relacionados com a biologia humana, o ambiente, os estilos de vida e a organização dos cuidados de saúde.

Embora permaneçam como alvos relevantes para a intervenção de Saúde Pública, os determinantes relacionados com comportamentos são considerados pelo “modelo do campo de saúde” como factores intermédios, dependentes do ambiente físico, genético, social e económico, e não como actos voluntários, passíveis de alteração apenas por intervenção directa. Esses factores manifestam o seu efeito sobre a ocorrência de problemas de saúde, como a obesidade, a hipertensão arterial, ou a hipercolesterolemia, os quais, finalmente, afectam a saúde, causando doença crónica, como a doença cardiovascular, a diabetes mellitus, ou as neoplasias. Uma das críticas a este modelo é a dependência das ciências económica e epidemiológica, cujos princípios incorpora de forma descontextualizada, não atendendo aos factores que, por sua vez, determinam as diferenças sociais e económicas na saúde (Coburn, 2003).

Já no final do século XX, e apesar de conhecido desde há mais de um século, o papel dos factores contextuais, designadamente os sociais e económicos, foi recuperado e é actualmente considerado essencial, tendo ganho relevo com a atenção que mereceu por parte da OMS ao criar a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (WHO, 2005). O modelo proposto por **Margaret Whitehead e Goran Dahlgren**, esquematiza os diversos níveis de determinantes sociais com efeito sobre a saúde, e serviu de base ao trabalho daquela Comissão (Whitehead, 2006).

Novos modelos explicativos foram entretanto propostos, como o “**modelo da borboleta**”, que incorpora ensinamentos oriundos das disciplinas ligadas ao estudo dos ecossistemas, como a co-existência de diferentes escalas geográficas e temporais, nas quais se situam os diferentes elementos do sistema, diferentes níveis hierárquicos de causalidade nos ambientes socioeconómico e biofísico, ou relações complexas, não lineares, entre as diferentes componentes de saúde e os seus determinantes (VanLeween, 1999).

1.3. Determinantes relacionados com comportamentos, comuns às doenças crónicas.

Decorrendo, pelo menos parcialmente, da transição epidemiológica verificada nos países desenvolvidos durante a primeira metade do século XX, surgiu a necessidade e o interesse pela identificação e o estudo dos atributos individuais, populacionais e ambientais associados à ocorrência crescente e aos padrões de distribuição das doenças crónicas e degenerativas, o que influenciou, em grande parte, o trabalho de investigação em saúde durante a segunda metade do século passado.

Assim, a partir de meados do século XX, a investigação de base populacional intensificou-se, devido, principalmente, à necessidade de compreender as causas da doença coronária e cerebrovascular, visando fundamentar cientificamente as actividades de prevenção, nos seus diversos níveis, destas doenças, cuja magnitude era então crescente nos grupos etários mais jovens de alguns dos países mais desenvolvidos (Thorat, 2010).

Salientam-se novamente as doenças cardiovasculares, já que, apesar do seu apreciável potencial de prevenção (cerca de 50% das doenças cardiovasculares são evitáveis, segundo a OMS), continuam a revelar-se uma causa importante de morte e de incapacidade prematura em todo o mundo (WHO, 1998; WHO, 2008).

Sem prejuízo de estudos epidemiológicos dirigidos a factores específicos, como os estudos da associação entre o consumo de tabaco e a doença coronária, iniciados por Richard Doll, foi o estudo de **Framingham** que possibilitou obter grande parte do conhecimento

epidemiológico actual sobre os principais factores de exposição associados à doença coronária isquémica (Dawber, 1959).

Este estudo epidemiológico observacional, longitudinal, prospectivo, de coortes, cuja preparação foi iniciada em 1947 pelos serviços de Saúde Pública do governo dos Estados Unidos da América do Norte (EUA), resultou no seguimento, desde 1951, e actualmente ainda em curso, de uma amostra da população da cidade de Framingham, localizada a vinte e uma milhas a oeste de Boston (Dawber, 1951; Dawber, 1959).

Vinte anos mais tarde, em 1972, o início do projecto de intervenção comunitária na região Finlandesa da **Karélia do Norte**, veio a permitir confirmar o potencial de prevenção de intervenções sobre os principais factores de risco de doença coronária (Puska, 2002).

Da mesma forma, o denominado “**Estudo dos Sete Países**”, iniciado em 1971, aumentou o conhecimento sobre a constelação dos principais factores de risco da doença coronária e outras doenças crónicas e degenerativas, ao estudar quinze coortes, em sete países, num total de 11579 homens com idade entre os 20 e os 49 anos (Keys, 1986).

Este conjunto de estudos de investigação epidemiológica de grande dimensão, ilustra a fase histórica que propiciou o desenvolvimento e a aplicação de métodos epidemiológicos ao estudo da distribuição e das relações entre variáveis de exposição, independentes, e variáveis dependentes, marcadoras de problemas e estados de saúde, que ficou conhecida como a fase da “**Epidemiologia dos factores de risco**” (Schwartz, 1999).

Os progressos importantes que daí resultaram, designadamente no desenvolvimento de novos métodos de investigação epidemiológica, bem como na aplicação dos seus resultados, conduziram a um volume de dados, informação e conhecimento extremamente abundante sobre as características individuais mais fortemente associadas à incidência da doença crónica e, em conjunto com conhecimento oriundo de outras disciplinas, permitem

responder de forma cada vez mais completa e para um número cada vez maior de problemas de saúde e de doenças à pergunta genérica: “porque é que algumas pessoas adoecem e outras não” (Evans, 1994; Schwartz, 1999).

Desta forma, no início dos anos 60 do século passado eram já conhecidos os factores de risco mais importantes para a doença coronária, nomeadamente a hipertensão arterial, a hiperglicémia, a hipercolesterolemia e outras dislipidémias, o sedentarismo, a exposição ao fumo do tabaco, o consumo excessivo de álcool e a alimentação inadequada.

Mais tarde, o estudo INTERHEART, estudo epidemiológico de casos e controlos realizado em 52 países, revelou que 90% dos casos de enfarte agudo do miocárdio podiam ser atribuídos a nove factores de risco, cujo efeito se verificava em ambos os sexos e em todos os grupos de idade em que ocorria aquela doença, nos países participantes. Os factores de risco identificados nesse estudo são: consumo de tabaco, actividade física insuficiente, consumo insuficiente de frutos e vegetais, consumo de álcool, dislipidémias, hipertensão, obesidade abdominal, e factores psico-sociais (Yusuf, 2004).

Os seis principais factores modificáveis que resultam em risco acrescido para a doença cardiovascular e para os quais existe hoje evidência substancial, são: 1) pressão arterial elevada, 2) dieta adversa, 3) excesso de peso e obesidade, 4) hipercolesterolemia 5) diabetes mellitus, 6) consumo de tabaco (WHO, 2009).

A construção deste conhecimento iniciou-se em 1950 com estudos de séries de autópsias realizados na cidade de Londres, que revelaram o aumento da frequência de doença isquémica cardíaca como causa de morte, sem, no entanto, revelarem o aumento de lesões ateroscleróticas nos mesmos cadáveres (Morris, 1951). Estes estudos abriram caminho para a investigação da relação destes factores de risco com as preferências, atitudes, escolhas e comportamentos, os designados “**estilos de vida**”, pela primeira vez sugerida

por Ancel Keys nos anos 50, a partir da observação da correlação entre as diferenças geográficas na mortalidade por doença coronária e as diferenças geográficas no consumo de gorduras e nos níveis de colesterolémia (Keys, 1958).

Mais tarde, estudos em populações migrantes sugeriram o efeito das transições culturais e comportamentais sobre a incidência de doença cardiovascular, ao demonstrarem a aproximação dos padrões de morbilidade e mortalidade, por aquelas doenças, nos migrantes, aos padrões verificados nas populações de acolhimento (Feinlieb, 1982; Iribarren, 1995).

Característica comum a estes factores é a relação directa do seu nível com o risco de doença coronária, entre outras doenças. De facto, com excepção do consumo de bebidas alcoólicas por determinados grupos populacionais, pode afirmar-se, de forma geral, que quanto menor o nível de cada um destes factores, menor o risco de doença (WHO, 2009).

Recentemente, a estratégia global da OMS para a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, elege a intervenção sobre quatro factores de risco comuns a estas doenças, todos relacionados com comportamentos e potencialmente modificáveis. São eles: consumo de tabaco, alimentação não saudável, inactividade física, utilização perigosa de álcool (OMS, 2008).

1.3.1. Consumo de tabaco

A importação da planta do tabaco do continente Americano para a Europa, no século XVI, o início da produção industrial de cigarros e a distribuição gratuita de cigarros às tropas durante as duas Guerras Mundiais, no início do século XX, as mudanças sociais

associadas à emancipação da mulher, nos anos 60 e a demonstração dos riscos associados à exposição passiva ao fumo, são marcos importantes para a compreensão da evolução, das consequências e do combate ao consumo de tabaco nas sociedades actuais.

Além do efeito vasoconstritor da nicotina, o consumo de tabaco aumenta os níveis de monóxido de carbono e a coagulabilidade do sangue, o que tem como resultado a diminuição do aporte de oxigénio aos tecidos, e a exposição do organismo a substâncias tóxicas, algumas delas comprovadamente cancerígenas (Boyle, 2005).

Os estudos de Richard Doll e Bradford-Hill, bem como os resultados da coorte de Framingham, evidenciaram o papel que o consumo de tabaco tem na ocorrência da doença cardiovascular e das neoplasias do aparelho respiratório, e marcaram o início da construção da base de evidência que suporta as acções preventivas dirigidas a este consumo (Boyle, 2005).

Já em finais do século XX, o reconhecimento científico do papel que a exposição passiva ao fumo do tabaco tem na saúde dos não fumadores forneceu a base para um acordo global, promovido pela OMS, e para a implementação de legislação protectora dos não fumadores, em diversos países (Portugal.MNE, 2005).

O conhecimento epidemiológico periodicamente actualizado dos padrões e da quantidade de tabaco consumido, das suas consequências, agudas e crónicas, sobre a saúde dos indivíduos e das populações, e dos factores que os determinam, é de grande importância para o planeamento, programação e avaliação das intervenções dirigidas à prevenção dos problemas ligados ao consumo de tabaco.

A relação entre o consumo de tabaco e a incidência de um grande número de doenças foi evidenciada e repetidamente observada durante a segunda metade de século XX, em diversas populações ocidentais, e confirmada, mais recentemente, em países como a China

e a Índia, estando descrita de forma consistente em diversas revisões da literatura (US.DHHS.CDC, 2004).

Nas suas diferentes formas, o consumo de tabaco é um factor de risco que aumenta a probabilidade de ocorrência de diversas doenças, das quais se destacam a doença coronária isquémica, a doença vascular periférica aterosclerótica, a doença cerebrovascular, as neoplasias malignas do pulmão, da laringe, da cavidade oral, do esófago, do colo do útero, a doença pulmonar crónica obstrutiva, e a úlcera péptica. O consumo de tabaco é, ainda, considerado importante no desencadeamento de neoplasias malignas da bexiga, do pâncreas e do rim (US.DHHS.CDC, 2004; Boyle, 2005).

As associações mais fortes foram observadas com o cancro da cavidade oral, da faringe, do esófago e da laringe, e as menos fortes e menos consistentes com o cancro do estômago, do cólon e recto, do fígado, do colo do útero e da mama (Bagnardi, 2001).

Embora a fracção de neoplasias malignas pulmonares atribuível ao consumo de tabaco seja a mais elevada de entre todas as exposições associadas àquelas neoplasias, o número absoluto de casos de doença cardiovascular atribuível ao consumo de tabaco é mais elevado (Peto, 1992). O risco de morte por doença cardiovascular é seis a sete vezes maior entre os fumadores do que entre os não fumadores, nos grupos etários até aos 55 anos, mas decresce para duas vezes mais nos grupos etários mais elevados. De uma forma geral, o risco de enfarte agudo do miocárdio, ajustado para a idade, é duas vezes maior nos fumadores do que nos não fumadores. Este excesso de risco diminui de forma rápida nos ex-fumadores e atinge níveis mínimos, semelhantes aos observados nos fumadores, após alguns anos de cessação do consumo de tabaco (Boyle, 2005).

A cessação tabágica é, assim, a medida preventiva comportamental mais efectiva, além de contribuir para a diminuição dos efeitos desta exposição sobre outras doenças, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

O consumo de tabaco, mesmo que apenas durante alguns meses, aumenta a frequência de sintomas e de doenças respiratórias. Os fumadores sofrem, por exemplo, de constipação e gripe mais frequentemente do que os não fumadores. Os fumadores têm taxas de mortalidade mais elevadas por tuberculose, especialmente em zonas em que esta doença é frequente (World Bank, 1999).

Também a exposição ao fumo passivo no ambiente familiar e em locais de trabalho, parece ser um importante determinante de morbilidade (em especial por doença neoplásica, doença cardiovascular, asma e otite do ouvido médio) em todas as idades, constituindo, hoje, o principal poluente evitável do ar interior (Portugal.MS.DGS, 2002a).

O consumo regular e precoce de tabaco está, também, associado a um risco acrescido de utilização de substâncias de abuso e de doença mental (European Commission, 2000).

Possivelmente relacionado com a maior frequência de morbilidade, os fumadores têm um maior número de dias anuais de incapacidade, cifrando-se em cerca de duas vezes e meia mais, de acordo com dados relativos à população Norte Americana (Kristein, 1983).

Além dos impactes na saúde dos adultos, fumadores e não fumadores, o consumo de tabaco tem, também, impactes elevados sobre o feto, o recém-nascido e a criança, que vão do risco acrescido de prematuridade e baixo peso à nascença (1,8 vezes mais), a problemas respiratórios (1,8 vezes mais) e morte súbita (1,5 vezes mais) (US.DHHS, 1986).

Por estas razões, a prevenção e a redução do consumo de tabaco, em especial nas mulheres grávidas, assim como a protecção dos não fumadores, são preocupações de Saúde Pública

prioritárias em muitos países, apoiadas por diversos estudos que sugerem que a implementação de legislação protectora dos não fumadores resulta em impactes rápidos sobre a mortalidade e a morbilidade. Na Escócia, por exemplo, foi demonstrado que a implementação de legislação deste tipo, em 2006, esteve associada à redução subsequente da taxa de incidência de doença respiratória em crianças asmáticas (Mackay, 2010).

Em resumo, o risco de doença associado ao consumo de tabaco é maior para os cancros da cavidade oral, traqueia, brônquios e pulmão (risco relativo sempre superior a 20,0) e para a doença isquémica cardíaca, doença cerebrovascular e aterosclerose (riscos relativos superiores a 2,8, 3,7 e 4,0, respectivamente) (US.DHHS, 1986). Os riscos para a saúde dos fumadores e dos não fumadores, incluindo o feto, dependem do tipo de fumador e da quantidade de tabaco consumida. Em ambos os casos, o alvo é o consumo de cigarros já que esta é a forma mais frequente de consumo de tabaco. Por outro lado, o abandono do hábito tabágico, em especial se ocorrer antes da meia-idade, contribui para uma redução do risco de doença atribuível ao consumo de tabaco que atinge, passados 10 a 15 anos de abstinência, valores semelhantes ao dos não fumadores (Portugal.MS.DGS, 2002a).

A nível global, o consumo de tabaco é reconhecido como a mais importante causa de morte evitável nos países industrializados, com elevados custos directos e indirectos. A manter-se a tendência actual, em 2030, poderão morrer prematuramente, devido ao consumo de tabaco, cerca de 10 milhões de pessoas por ano em todo o mundo, metade das quais no grupo etário 35 a 69 anos (Ezzati, 2003; World Bank, 2003).

Os impactes sobre a mortalidade e a morbilidade tenderão a afectar, predominantemente, as populações dos países em desenvolvimento, onde, em 2003, residiam já 82% dos fumadores, ou seja, aproximadamente 950 milhões de pessoas (World Bank, 2003; US.DHHS.CDC, 2003). Em resultado desta distribuição, estima-se que em 2020, sete em

cada dez pessoas que tenham morrido por doenças associadas ao consumo de tabaco viverão em países com rendimento baixo ou médio (World Bank, 1999).

A nível global, os efeitos sobre a morbilidade e a mortalidade associados ao consumo de tabaco, quantificados em termos de anos de vida potencial perdidos, ajustados para a incapacidade (DALYs) são superiores aos efeitos atribuídos ao consumo de álcool (Murray, 1996). Em 2000, por exemplo, estimou-se que tenham morrido prematuramente em todo o mundo cerca de quatro milhões e oitocentas mil pessoas por causas atribuíveis ao consumo de tabaco, o que representou, naquele ano, 12% da mortalidade global total em adultos com idade superior a 30 anos (Ezzati, 2003). Destas mortes, cerca de dois milhões e quatrocentas mil terá ocorrido em países industrializados e cerca de três milhões e oitocentos mil na população masculina. Dezoito por cento do total de homens e cinco por cento do total de mulheres que faleceram naquele ano, terão morrido por causas atribuíveis ao consumo de tabaco. Nos países industrializados, este determinante terá morto 3 vezes mais homens do que mulheres, enquanto nos países em desenvolvimento esta razão terá sido de 6,7 vezes (Ezzati, 2003).

Cerca de dois milhões e setecentas mil mortes ocorreram em pessoas com idade entre os 30 e os 60 anos, com a consequente perda de um número significativo de anos de vida potencial. Refira-se, ainda, que no ano 2000, as principais causas de morte a nível global foram: doenças cardiovasculares (um milhão e setecentas mil mortes) doença pulmonar crónica obstrutiva (novecentas e setenta mil mortes) e cancro do pulmão (oitocentas e cinquenta mil mortes).

Nos países da União Europeia, morre anualmente cerca de meio milhão de pessoas por causas atribuíveis ao consumo de tabaco. Devido ao número cada vez maior de mulheres

que fumam, observa-se, actualmente, um aumento da mortalidade por cancro do pulmão entre as mulheres na maior parte dos estados membros (European Commission, 2000).

A nível nacional, de acordo com o Relatório do Alto-Comissário para a Saúde de 2002, o consumo de tabaco é a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade, sendo responsável por cerca de 20% da mortalidade total (Portugal.MS.DGS, 2002b).

De entre os problemas de saúde directamente relacionados com este consumo, destacam-se, em Portugal, as doenças crónicas (cancros em diversas localizações, com especial relevo para o cancro do pulmão, doenças circulatórias, como os acidentes vasculares cerebrais, a hipertensão e a doença isquémica cardíaca, problemas do aparelho respiratório – asma, doenças do ouvido médio, dos adenóides e das amígdalas, doença pulmonar crónica obstrutiva, enfisema e problemas perinatais (Portugal.MS.DGS, 2002).

Num estudo de vítimas de enfarte agudo do miocárdio, entre os 18 e os 45 anos, assistidas em hospitais da cidade do Porto, Oliveira reportou um efeito independente do consumo de tabaco, com uma possibilidade acrescida de ser fumador, entre os casos, respectivamente de 3,6 vezes, no sexo masculino, e 2,6 vezes, no sexo feminino (Oliveira, 2007).

Apesar de tudo, Portugal integra o grupo de países com as taxas de mortalidade ajustadas para a idade mais baixas da Europa, em ambos os sexos (Portugal.MS.ACS, 2002).

Para a compreensão dos factores **determinantes do consumo de tabaco** importa reconhecer que este comportamento encerra em si uma complexa rede de inter-relações entre factores bioquímicos, biológicos, psicológicos, demográficos, sociais, económicos e mesmo políticos. Se a habituação à nicotina está fortemente associada à manutenção do consumo de tabaco, a idade jovem e o género masculino surgem, consistentemente, como os dois principais factores associados ao início e à manutenção dos hábitos tabágicos.

De entre os determinantes sociais e biológicos, os factores genéticos, parecem explicar parte da agregação dos hábitos tabágicos em pessoas da mesma família (Heath, 1995; Sullivan, 1999). Por outro lado, a influência diferencial, ou não, dos hábitos tabágicos dos pais e das mães nos hábitos tabágicos dos jovens e adolescentes é alvo de controvérsia, assim como as influências recíprocas entre cônjuges (Swan, 1990; Boomsma, 1994; Wang, 1995; Graham, 1999; Precioso, 2001). Estudos recentes parecem, no entanto, sugerir uma maior influência de factores sociais nas idades jovens, aumentando a influência de factores genéticos ao longo da vida (Vink, 2003). Também neste sentido está a observação de uma prevalência mais elevada de fumadores entre os homens com menor nível de instrução e menor rendimento (World Bank, 2003).

Em Portugal, a análise dos dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) parece indicar uma associação inversa entre o nível de instrução e a prevalência de consumo de tabaco, no sexo feminino, em especial nos grupos etários mais jovens (Matias Dias, 1999).

Entre os jovens, o preço e a acessibilidade ao tabaco parecem ser dois importantes factores determinantes do consumo, conhecimento útil para as estratégias de prevenção da iniciação e da manutenção do consumo de tabaco. Já os avisos acerca dos efeitos deletérios do consumo de tabaco na saúde estão associados a menores consumos entre a população adulta (World Bank, 2003). Entre os fumadores que querem deixar de fumar a acessibilidade a substitutos da nicotina e a terapêuticas de desabituação são outros factores fortemente associados à cessação do consumo de tabaco (World Bank, 2003).

A remoção das barreiras comerciais, introduz maior competição, e conduz à diminuição dos preços do tabaco, e a maior investimento, em publicidade e actividades indutoras de maior procura. Este conjunto complexo de factores parece determinar fortemente o aumento do consumo de tabaco nos países em desenvolvimento (World Bank, 1999).

A **monitorização do consumo de tabaco** inclui a quantificação da prevalência, dos padrões de consumo e das consequências para a saúde, beneficiando de métodos e instrumentos globalmente aceites, além da longa história de investigação neste tema, um dos que mais atenção suscitou aos médicos e aos epidemiologistas durante o século XX.

A adopção generalizada do instrumento recomendado pela OMS para colheita de dados acerca do consumo de tabaco, através de inquérito por entrevista, possibilita a comparação dos dados e dos indicadores entre populações diferentes e entre momentos diferentes (OMS, 1996; Viet, 2003). Por outro lado, a obtenção de informação nos grupos etários mais jovens, através de inquéritos realizados em meio escolar, permite evitar o enviesamento da informação obtida através de inquéritos aplicados em ambiente familiar.

A medição da exposição passiva ao fumo de tabaco introduziu novas exigências metodológicas e a necessidade de recurso a marcadores biológicos de exposição, como é o caso da cotinina, um importante metabolito da nicotina, detectável em vários fluidos biológicos (Benowitz, 1996).

A utilização de dados obtidos por sistemas de informação de mortalidade e morbilidade foi facilitada em 1980, quando a modificação clínica da nona versão da Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte (CID 9-cm) passou a incluir um código específico para as manifestações associadas ao consumo de tabaco (código 405.1) (OMS, 1980).

A nível mundial, a monitorização epidemiológica dos níveis e padrões de consumo de tabaco é efectuada, geralmente, através de inquéritos populacionais, em que é calculada a taxa de prevalência de fumadores e de ex-fumadores na população, ou a partir da contabilização dos volumes de produção e de trocas comerciais de cada país.

Em Portugal, os INS realizados em amostras representativas da população residente no Continente em 1987, 1995/96 e 1998/99, e que em 2005/2006 abrangeu, também, as Regiões Autónomas, forneceram indicadores da frequência do consumo de tabaco, idade de início e cessação de consumo e, no último INS, dos motivos da cessação e da eventual exposição passiva ao fumo (Portugal.MS.DEPS, 1990; Portugal.MS.DGS, 1998; Portugal.MS.INSa, 2000; Portugal.MS.INSa.INE, 2008).

Uma das vantagens desta fonte de dados é a possibilidade de estudar as prevalências de fumadores habituais, ex-fumadores e não fumadores, desagregadas por grupo etário, sexo e região, entre outras variáveis recolhidas neste inquérito geral de saúde.

Já a informação acerca dos consumos entre a população mais jovem provém, essencialmente, dos estudos elaborados no âmbito do projecto ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Drugs), em 1995 e 1999, do Projecto HBSC (Health Behaviour in School – Aged Children) e dos inquéritos em meio escolar, realizados pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (Portugal.MS.IDT, 2001; Currie, 2004).

Os **padrões epidemiológicos de consumo de tabaco a nível global** revelam que a epidemia tabágica continua em expansão. Em todo o mundo, calcula-se que cerca de um bilião e 100 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos fossem fumadoras, no início do século XXI, prevendo-se um aumento de, aproximadamente, 500 milhões de fumadores até ao ano 2025 (World Bank, 1999; World Bank, 2003).

A prevalência de fumadores varia apreciavelmente entre as várias regiões do globo, em particular a prevalência de mulheres fumadoras, mais elevada nos países da Europa oriental e Ásia central (59% em 1995), e muito mais baixa nos países da Ásia oriental e Pacífico (4% em 1995) (World Bank, 1999).

A epidemia afecta cada vez mais as populações dos países em desenvolvimento, onde residiam, em 2003, mais de 80% dos fumadores mundiais (cerca de 950 milhões) (World Bank, 2003). O padrão de alastramento epidemia parece ir do foco inicial, isto é, maiores prevalências de fumadores na população masculina de países com rendimentos elevados, alastrando com prevalências crescentes de fumadoras entre a população feminina residente em países com rendimentos elevados e entre os homens residentes em países com baixos rendimentos (World Bank, 1999). Como ilustração, está o facto de que cerca de metade dos homens residentes em países com baixo rendimento fuma diariamente. Outro exemplo é fornecido pela prevalência de homens fumadores que aumentou na China de 40%, na década de 1950, para 63%, no final do século passado (World Bank, 2003). O consumo global de tabaco é, assim, caracterizado por uma estabilização, ou mesmo diminuição dos consumos nos países mais desenvolvidos, e um aumento nos países em desenvolvimento.

A primeira experiência de consumo de tabaco começa, frequentemente, ainda antes da adolescência. De acordo com o primeiro estudo HBSC, realizado em 1997/1998, 50% a 80% dos alunos com 15 anos de idade referiam já ter experimentado fumar (OMS, 1998).

Ainda segundo esta fonte, na União Europeia, cerca de um quinto de todos os jovens com 15 anos de idade eram fumadores diários de cigarros, verificando-se as percentagens mais elevadas na Áustria (20% dos rapazes e 26% das raparigas), França (20% dos rapazes e 25% das raparigas) e na Alemanha (23% dos rapazes e 25% das raparigas). As prevalências mais baixas foram observadas em Portugal (13% dos rapazes e 10% das raparigas), na Grécia (13% dos rapazes e 14% das raparigas) e na Suécia (10% dos rapazes e 16% das raparigas) (OMS, 1998).

Na maioria dos países estudados, a prevalência de fumadores no grupo etário dos 15 anos era mais elevada entre as raparigas do que entre os rapazes. No entanto, no final dos anos

90, a prevalência de fumadores era mais elevada entre os homens do que entre as mulheres, com excepção da Espanha, Suécia e Dinamarca. Os sucessivos inquéritos realizados revelaram que a prevalência de fumadores de 15 anos não diminuiu em nenhum dos países Europeus estudados. Este facto é particularmente importante, uma vez que a maioria dos fumadores jovens continua a fumar durante a idade adulta, em parte devido às propriedades aditivas da nicotina.

Outro aspecto importante é a associação entre o consumo de tabaco e o insucesso escolar, bem como a maior prevalência de fumadores diários entre os jovens, cujo percurso académico indica uma tendência descendente na posição social em relação à dos pais (Alexander, 2001).

De um modo geral, pode afirmar-se que o consumo de tabaco diminuiu na Comunidade Europeia desde os anos 70 do século passado, particularmente nos anos 90, e em especial no sexo masculino. No entanto, a tendência entre os adolescentes é de estabilização, ou mesmo aumento, como é o caso de Portugal (European Community, 2000).

A investigação sobre o **padrão epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal** revela a menor prevalência de fumadores entre os países da Comunidade Europeia e, actualmente, ainda a menor carga de doença relacionada com o tabaco. De acordo com as fontes de dados disponíveis, a prevalência de consumo de tabaco em Portugal é das mais baixas entre os países Europeus, facto confirmado pelos resultados amostrais obtidos pelos INS, realizados no território Continental em 1987, 1995/1996 e 1998/1999, e, em todo o País, em 2005/2006. Nestes inquéritos, a prevalência amostral de fumadores do sexo masculino terá decrescido, com excepção do grupo etário dos 35-44 anos, em que se observa um aumento. Já no sexo feminino terá ocorrido um aumento na prevalência amostral de fumadoras (Portugal.MS.DEPS, 1990; Portugal.MS.DGS, 1998;

Portugal.MS.INSa, 2000; Portugal.MS.INSa, 2008). De acordo com esta fonte, 5,0% das mulheres com mais de 15 anos referiu fumar diariamente em 1987, valor que aumentou para 6,5% em 1996, 7,9% em 1999 e 11,2% em 2005/2006.

Comparando os resultados populacionais relativos ao Continente obtidos pelo INS, o consumo de tabaco na população com 10 ou mais anos de idade diminuiu de 20,6%, em 1998/1999, para 19,6%, em 2005/2006. No mesmo período, a prevalência de fumadores masculinos decresceu de 32,0% para 28,7%, enquanto a da população feminina aumentou de 10,1% para 11,2% (Portugal.MS.INSa, 2000; Portugal.MS.INSa.INE, 2008).

À semelhança dos INS anteriores, em 2005/2006, a proporção mais elevada de fumadores actuais (32,7%), observava-se entre os 35 e 44 anos, sendo de referir, também, a proporção entre os 15 e os 24 anos (24,2%) (Portugal.MS.INSa.INE, 2008).

A situação entre a população escolar é reflectida pelos resultados dos inquéritos ESPAD, efectuados em Portugal, em 1995 e em 1999. No último destes inquéritos, foi inquirida uma amostra representativa dos alunos nascidos em 1983 que estavam matriculados no 8º, 9º e 10º ano do ensino oficial, representando cerca de 83% dos estudantes daquela idade matriculados no ensino oficial (Portugal.MS.IDT, 2001). De acordo com os dados obtidos, cerca de 59% dos alunos referiram ter tido pelo menos uma experiência de consumo de tabaco ao longo da vida. Este valor era de 31% para consumos recentes, expresso pela prevalência de consumo nos últimos 30 dias (pelo menos uma experiência neste período). Os indicadores de consumos mais persistentes e abusivos apresentam valores mais reduzidos, como sejam, ter consumido 40 vezes ou mais ao longo da vida (17%) e ter consumido diariamente mais do que 5 cigarros nos 30 dias anteriores à entrevista (8%). Relativamente às idades de iniciação ao consumo tabágico, cerca de 40% dos alunos terão experimentado o primeiro cigarro antes dos 13 anos de idade, e cerca de 8% terão iniciado

um consumo diário também antes dos 13 anos de idade. De uma maneira geral, estes padrões de consumo são semelhantes em ambos os géneros.

Comparativamente com os resultados do primeiro estudo, realizado em 1995, as variações registadas não são estatisticamente significativas, podendo por isso afirmar-se que, relativamente a 1995, a situação se encontra estabilizada.

As quatro edições do inquérito HBSC, patrocinado pela OMS e realizado em Portugal pelo Projecto Aventura Social, liderado pela Faculdade de Motricidade Humana de Lisboa, revelam um decréscimo da prevalência de fumadores entre os alunos do 2º e 3º ciclo de ensino, com 88,1% dos jovens a declarar não fumar em 2010 (Aventura Social, 2010). Portugal é um dos países que revela, neste grupo populacional, menores prevalências de consumo de tabaco e menores percentagens de alunos com padrões de consumo mais regulares e abusivos.

No que se refere ao consumo de tabaco, a maioria dos países registaram acréscimos ou estabilidade nos diferentes indicadores de consumo deste tipo de substância, comparativamente com 1995. As ilhas Faroe, a Finlândia, a Irlanda e a República Checa apresentaram as mais altas prevalências de consumo de Tabaco, em 1999. Em 2001, assistiu-se, pela primeira vez em muitos anos, a uma redução do número de cigarros vendidos no nosso País. (Portugal.MS.ACS, 2002).

De uma forma genérica pode afirmar-se que a prevalência de fumadores do sexo masculino terá estabilizado em Portugal no final do século XX, aumentando paralelamente no sexo feminino, em especial entre as jovens com graus de escolaridade mais elevados (Matias Dias, 2008).

1.3.2. Consumo perigoso de álcool

No seu estado puro, o álcool etílico, ou etanol, é uma molécula simples que actua directamente sobre as células vivas, fixando-as. Ao ser ingerido, o etanol actua directamente sobre as células causando a peroxidação dos lípidos, mas é rapidamente metabolizado, principalmente através de oxidação a nível hepático, originando, primeiro, acetaldeído, substância altamente reactiva e tóxica e, depois, acetato, substância inofensiva (Paton, 2000; Mailliard, 2005). A ingestão de quantidades elevadas de álcool afecta todos os tecidos, órgãos e sistemas do corpo humano, pelo que o consumidor excessivo de álcool tem um risco aumentado de diversas doenças. (Paton, 2000; Mailliard, 2005). O álcool actua, ainda, como sedativo a nível do sistema nervoso central, o que pode, em parte, explicar a sua utilização social (Paton, 2000).

Na União Europeia, o consumo perigoso de bebidas alcoólicas é o terceiro factor de risco mais significativo para o mau estado de saúde e para a morte prematura, a seguir ao consumo de tabaco e à pressão arterial elevada (WHO, 2006; European Union, 2009).

O álcool é utilizado pelo Homem para diversos fins, desde combustível, a símbolo religioso, alimento, estimulante ou tranquilizante, anestésico, o que pode, em parte, explicar a sua aceitação como “lubrificante social”, e o torna, com toda a probabilidade, a substância de abuso mais antiga (Dietler, 2006).

No século passado, a hipótese de que o consumo de bebidas alcoólicas pudesse ser protector para a doença coronária isquémica foi sugerida para explicar a baixa mortalidade por esta doença em França, país com níveis elevados de diversos factores de risco, como o

consumo de tabaco, ingestão de gorduras, obesidade e hipertensão mas, também, de bebidas alcoólicas. Este “**paradoxo Francês**” levou a que o consumo elevado de bebidas alcoólicas, em especial vinho tinto, fosse considerado como explicação para a menor mortalidade por doenças cardiovasculares naquela população (Renaud, 1992).

No entanto, a extensa investigação desencadeada por esta hipótese veio a revelar que a associação entre o consumo de álcool e a ocorrência de doença cardiovascular é complexa e não linear (Emberson, 2005; Rehm, 2010).

Hoje, pode afirmar-se que a mortalidade por doença coronária isquémica é 20% a 30% inferior entre os consumidores moderados de bebidas alcoólicas, quanto comparados com os abstémicos (Marmot, 2005a). Esse efeito, parece ser mediado, entre outras vias, pela cascata da coagulação do sangue, bem como pela alteração induzida sobre o perfil lipídico do sangue, principalmente aumentando a fracção de lipoproteínas de alta densidade (High Density Lipoproteins - HDL) (Mailliard, 2005).

O efeito protector do consumo de vinho tinto sobre a doença coronária isquémica, observado em estudos epidemiológicos transversais e laboratoriais, apesar da sua plausibilidade biológica, que pode ser justificada pelo conteúdo mais elevado em substâncias antioxidantes e polifenóis, não tem sido consubstanciado em estudos longitudinais, nem em ensaios aleatorizados e controlados (Marmot, 2005a).

O consumo excessivo de álcool tem, sobretudo, efeitos nefastos que podem ser classificados em imediatos e crónicos, ambos com consequências duradouras sobre o aumento da incapacidade e da desvantagem. Os **efeitos imediatos** resultam, quase sempre, de consumos excessivos e incluem: 1) lesões não intencionais (acidentes de viação, quedas, afogamento, queimaduras e feridas por armas de fogo); 2) lesões intencionais (violência conjugal, violência sobre menores); 3) comportamentos sexuais de risco

(relações sexuais sem protecção, múltiplos parceiros sexuais, violação, transmissão de doenças sexualmente, gravidez não planeada, aborto e anomalias congénitas no feto); 4) intoxicação alcoólica aguda, (com efeitos que podem ir de perda de consciência, até coma e morte), (WHO, 2010a; US.DHHS.CDC, 2010a).

Os **efeitos crónicos**, geralmente associados a consumos mantidos até idades mais avançadas, incluem: 1) doença neurológica (demência, acidente vascular cerebral – hemorrágico e isquémico –, neuropatias); 2) doença cardiovascular (enfarte agudo do miocárdio, cardiomiopatia, fibrilhação auricular e hipertensão); 3) doença psiquiátrica (depressão, ansiedade, suicídio); 4) problemas sociais (desemprego, diminuição da produtividade, problemas familiares); 5) neoplasias (da boca, faringe, esófago, fígado, cólon e mama); 6) doença hepática (hepatite alcoólica, cirrose hepática); 7) outras doenças gastrointestinais (esofagite, pancreatite e gastrite) (WHO, 2010a; US.DHHS.CDC, 2010a).

Os **efeitos sobre a morbilidade e a mortalidade global** associadas ao consumo de álcool, quantificadas em termos de anos de vida potencial perdidos ajustados para a incapacidade (DALYs), são apenas suplantados pelas consequências associadas à subnutrição e à insalubridade, sendo da mesma ordem de grandeza das decorrentes de relações sexuais não protegidas (Ezzati, 2002).

Após a remoção do efeito protector cardiovascular, atribuído ao consumo de algumas bebidas alcoólicas, calcula-se que em 1990 tenham morrido em todo o mundo 750 mil pessoas, devido, directamente, ao consumo de álcool, tendo 80% deste excesso de mortes ocorrido em regiões do mundo em vias de desenvolvimento (Ezzati, 2002).

De acordo com vários estudos efectuados no âmbito do projecto European Comparative Alcohol Study (ECAS), pode afirmar-se que o aumento do consumo de álcool leva a:

1. Aumento da mortalidade por cirrose hepática ou psicose alcoólica, em todos os países;

2. Aumento da mortalidade total e por causas externas, em metade dos países estudados;
3. Aumento da mortalidade por suicídio, nos países da Europa do Norte;
4. Nenhum aumento, ou mesmo diminuição, na mortalidade por doença cardíaca;
5. Maiores efeitos sobre o aumento da mortalidade nos países da Europa do Norte.

Estes resultados sugerem que a cultura e os padrões de consumo em diferentes países, modulam os efeitos do consumo de álcool sobre a saúde (Leifman, 2002; Rehm, 2010).

No Reino Unido, pelo menos trinta e três mil mortes anuais serão atribuíveis ao consumo de álcool, enquanto nos EUA se estima que a dependência do álcool seja a doença crónica mais frequente entre os 18 e os 44 anos de idade, e que 25% a 40% de todos os doentes internados em hospitais gerais o sejam devido a problemas associados ao consumo de álcool (Ashworth, 1997; Church, 2000).

Ainda nos EUA, o consumo de álcool é a terceira causa de morte evitável, a seguir ao consumo de tabaco e à obesidade, sendo o risco de morrer duas vezes maior nos bebedores excessivos do que nos abstémios (US.DHHS.CDC, 2010a). Anualmente, cerca de 85000 do total de mortes verificadas naquele país são atribuíveis ao consumo excessivo de álcool, metade das quais atribuíveis, especificamente, a lesões externas relacionadas com o álcool, com um custo associado de cerca de 185 biliões de dólares, (US.DHHS.CDC, 2010a). O álcool é, ainda, responsável por cerca de 20% dos acidentes com veículos a motor, 24% dos homicídios, 11% dos suicídios, além de estar, também, associado a comportamentos agressivos e a violência doméstica (US.DHHS.CDC, 2010a).

Na Federação Russa, a diminuição da esperança de vida, no sexo masculino verificada no final do século XX, forneceu um exemplo paradigmático dos perigos para a saúde associados à desregulação do mercado de bebidas alcoólicas e, em parte, ao aumento

rápido de consumos decorrentes da produção doméstica e da venda ilícita, situações verificadas a partir do colapso da União Soviética (Leon, 1997; McKee, 1998).

O aumento do consumo *per capita* verificado nestes países e, já anteriormente, desde a década de 1970, também nos países em desenvolvimento da região do Pacífico Ocidental, leva a temer um aumento futuro dos problemas de saúde ligados ao consumo de álcool a nível global (WHO, 1999).

Devido, em parte, a diversos constrangimentos metodológicos, os dados de base populacional, quer sobre o consumo, quer sobre as consequências para a saúde atribuíveis ao consumo de álcool, são escassos e estão, muitas vezes, dispersos em inquéritos com metodologias diversas, e em sistemas de informação sobre morbilidade e mortalidade, nos quais surge como um dos possíveis factores causais, como sucede, por exemplo com as estatísticas de traumatismos associados a acidentes com veículos, violência, suicídio e doenças crónicas (WHO, 1999; Bloomfield, 2003).

De acordo com o European Comparative Alcohol Study – ECAS II, a mortalidade por cirrose hepática é, ainda, o melhor marcador e um indicador fiável dos efeitos do álcool na saúde, especialmente em estudos comparativos de base populacional (Rehm, 2010). Neste estudo foi considerada, ainda, uma outra entidade, introduzida em 1979 com a vigência da CID-9, ou seja a introdução de códigos para a classificação das mortes explicitamente relacionadas com álcool, consequentes a alcoolismo, psicose alcoólica e intoxicação alcoólica (WHO, 1979). Mais recentemente, a CID-10 inclui 39 doenças directamente atribuíveis ao consumo de álcool (WHO, 2007). No entanto, para a maior parte dessas doenças, não estão disponíveis estimativas da prevalência ou da incidência na grande maioria dos países (Rehm, 2010).

A cirrose hepática alcoólica é a segunda causa de cirrose hepática nos EUA, depois da hepatite C. Comparativamente com os abstêmios, os bebedores excessivos têm 8 vezes mais probabilidade de cirrose hepática (US.DHHS.CDC, 2010). A hemorragia gastrointestinal está, também, frequentemente associada a consumo excessivo de álcool e, no caso das varizes esofágicas, cerca de um terço resultam num desenlace fatal.

Juntamente com o tabaco, o uso de álcool é um dos principais factores causais de cancro do esófago nos EUA. Os consumidores de 30g de etanol diariamente têm uma probabilidade 5 vezes superior à dos não bebedores de sofrer de carcinoma pavimentoso do esófago. Refira-se que a sobrevivência por esta doença, aos 5 anos, é de cerca de 25%, considerando todos os estádios da sua apresentação (US.DHHS.CDC, 2010).

O carcinoma hepatocelular é uma das causas de morte mais frequentes a nível mundial, com uma sobrevida de 6 a 20 meses após o diagnóstico, geralmente resultante da dispersão hepática multifocal à data do diagnóstico, observada em 75% dos casos. Em cerca de 30% dos casos, esta neoplasia está associada ao uso crónico de álcool, sendo a sua ocorrência 5 vezes mais frequente em pessoas com 10 ou mais anos de consumo.

A pancreatite aguda pode surgir após um episódio de consumo excessivo do álcool (binge drinking na denominação anglo-saxónica), ou na sequência de consumo excessivo crónico, sendo esta a segunda causa mais frequente de pancreatite aguda, depois da litíase biliar. O consumo crónico de álcool está associado a 70% dos casos de pancreatite crónica, com uma taxa de mortalidade, aos 10 anos, de 30%. O cancro do pâncreas, por seu lado, tem uma sobrevida de 24% no final do primeiro ano, e de 5% no final de 5 anos (WHO, 1999).

O consumo de álcool induz diversas alterações patológicas no coração, sendo a manifestação clássica a insuficiência cardíaca resultante de cardiomiopatia dilatada, processo irreversível em que a espessura das paredes ventriculares é normal, mas em que o

volume das cavidades ventriculares está aumentado (Schuckit, 2005). A consequente disfunção cardíaca sistólica coloca estes doentes em risco de disritmia, tromboembolismo e morte súbita (Schuckit, 2005). Mesmo consumos excessivos durante curtos períodos, como durante as férias, podem resultar em arritmias, geralmente fibrilhação auricular auto-limitada, em pessoas sem alterações estruturais cardíacas (Schuckit, 2005).

A utilização crónica e excessiva de álcool tem efeitos imunossupressores, principalmente devido a alterações na função dos neutrófilos e consequente diminuição da resposta à inflamação, à infecção e ao combate a células com características neoplásicas, com impacte potencial num grande número de doenças (Schuckit, 2005).

O consumo de álcool afecta, também, o tecido nervoso, estando associado a doenças neuropáticas e a algumas formas de demência orgânica. O efeito do consumo excessivo de bebidas alcoólicas e do alcoolismo na saúde mental é complexo, mas caracteriza-se principalmente por uma maior incidência de psicose e suicídio (Schuckit, 2005). O abuso de álcool tem frequentemente efeitos devastadores na família da pessoa afectada, em parte devido à negação do problema, e está associado a elevadas taxas de violência conjugal, sobre crianças, divórcio e problemas relacionados (US.DHHS.CDC, 2010).

O consumo materno de álcool durante a gravidez, em particular durante o primeiro trimestre da gestação, resulta numa síndrome característica, a síndrome alcoólica fetal, caracterizada por alterações morfológicas faciais típicas, atraso de crescimento, dificuldades de aprendizagem, alterações comportamentais e convulsões (Schuckit, 2005; Kelly, 2009). Estima-se que cada caso desta síndrome resulte num custo médico de cerca de 2 milhões de dólares ao longo da vida (Kelly, 2009).

O abuso do álcool afecta, também, o desempenho de diversas tarefas, colocando, muitas vezes, outras pessoas em risco, incluindo as lesões e ferimentos graves sofridas em acidentes com veículos e máquinas (US.DHHS.CDC, 2010).

São relativamente escassos os estudos epidemiológicos sobre o **efeito do consumo de álcool na saúde da população portuguesa**, considerando os níveis elevados de consumo regularmente estimados para a população (Mello, 2001; WHO, 2010).

Dados gerados em 1997 pela Rede Médicos Sentinela, permitiram estimar em 15,5 por 1000 (27,7/1000, nos homens e 4,9/1000 nas mulheres) a prevalência de problemas ligados ao álcool (classificados de acordo com os critérios de diagnóstico da Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Cuidados de Saúde Primários - 2 definida: código nº 3031) nos utentes com idade superior a 14 anos, inscritos nas listas dos médicos de família participantes neste sistema de informação (Monsanto, 1997).

Por sua vez, o efeito do álcool na ocorrência de acidentes de viação tem vindo a merecer atenção crescente, uma vez que se tornou insustentável a liderança que Portugal deteve a nível Europeu, com a mais elevada taxa de mortalidade por este tipo de causa, em especial nos grupos etários mais jovens, apesar da evolução favorável verificada nos últimos anos (OMS, 2003; Portugal.MS, 2009).

Entre 1990 e 1999 faleceram em Portugal 23419 pessoas por acidente de viação, das quais 10614 com idade entre os 15 e os 34 anos. Os poucos estudos existentes revelam que cerca de 40% dos mortos por esta causa têm vestígios de álcool no sangue e que 24,4% e 18,6% das vítimas de acidente de viação internadas no Serviço de Urgência de um Hospital Central, em Lisboa, tinham níveis de etanol no sangue superiores a 0,2 g/l e 0,5 g/l respectivamente (Marinho, 2001; Matias Dias, 2003).

Numa outra vertente, um estudo realizado em 2006 pelo Instituto da Segurança Social, referia que dos 4625 responsáveis pelos agregados familiares que evidenciavam problemas de saúde, metade revelava consumos excessivos de álcool (43,9%), a larga distância dos problemas de saúde mental (16,8%), doenças de natureza física (14,5%) e toxicodependência (13,8%) (Portugal.MTSS.ISS, 2007).

Portugal integra o grupo de países com as taxas de mortalidade por doenças atribuíveis ao consumo de álcool (por cem mil pessoas por ano, ajustadas para a idade) mais elevadas da Europa, em ambos os sexos (sexo masculino: Áustria (47,1), Portugal (42,5), sendo a média do conjunto dos países em análise de 22,3; sexo feminino: Itália (15,8), Áustria, Alemanha, Dinamarca, Portugal (12,1), com a média global de 8,9.

Em relação à mortalidade por doença hepática alcoólica e, em particular, ao número total de mortes por cirrose hepática, Portugal regista valores superiores aos da média do grupo de países Europeus, em ambos os sexos. De acordo com o Relatório do Alto-Comissário para a Saúde de 2002, a mortalidade por doença hepática crónica e por cirrose hepática registou, entre 1989 e 1999, uma redução na taxa de mortalidade de 3,9 óbitos por cem mil pessoas por ano, no sexo masculino, e 1,4 óbitos por cem mil pessoas por ano, no sexo feminino (Portugal.MS.DGS, 2002).

Comparando os valores nacionais com o melhor valor Europeu, os óbitos por doença hepática crónica e por cirrose hepática evitáveis em Portugal são de 16,3 por cem mil pessoas por ano, no sexo masculino, e 5,4 por cem mil pessoas por ano, no sexo feminino (Portugal.MS.DGS, 2002).

Quanto aos **factores determinantes do consumo de álcool**, pode afirmar-se que o consumo de bebidas contendo álcool é fortemente influenciado por factores sociais e culturais, sendo frequentemente associado com a cultura e o padrão alimentar designado

por “dieta mediterrânica”, considerada como factor protector para a doença cardiovascular (Dietler, 2010). As diferenças observadas nos indicadores da mortalidade por causas associadas ao consumo de álcool em diferentes países sugerem que a cultura e os padrões de consumo modulam os efeitos do seu consumo sobre a saúde (Leifman, 2002).

A proposta de Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool, 2009 – 2012 –, refere factores de nível individual, familiar e social, como determinantes do consumo de álcool (Portugal.MS.IDT, 2009). Entre os principais determinantes de nível individual, as diferenças persistentes entre os sexos, com uma frequência declarada de consumo mais elevada entre os homens, apesar das alterações sociais que em diversos países levaram à maior aceitabilidade social do consumo de bebidas alcoólicas pelas mulheres, levam a sugerir que o género é um dos principais determinantes do consumo de bebidas alcoólicas (Holmila, 2005). O efeito de acontecimentos traumáticos no consumo de álcool parece, também, ser modulado pelo sexo, entre outros factores (Veenstra, 2006).

Entre os determinantes sociais e económicos, também eles associados ao género, o grau de instrução mais elevado e o rendimento mais elevado, surgem associados a menores consumos (WHO, 1999). Em Portugal, esta relação não tem sido observada de forma consistente (Lopes, 2008).

A **monitorização do consumo de álcool** permite conhecer os seus padrões e tendências, as suas consequências, agudas e crónicas, sobre a saúde dos indivíduos e das populações, bem como os factores que os determinam, sendo de grande importância para o planeamento e programação de intervenções destinadas à prevenção de problemas ligados ao consumo de álcool. No entanto, aspectos metodológicos, culturais e de serviços têm dificultado a obtenção de estimativas quantificadas da prevalência e da incidência do consumo de álcool, problemas ligados ao seu consumo e seus determinantes, bem como da

sua monitorização e da identificação de padrões de consumo na população. Assim, as comparações nacionais e internacionais utilizam geralmente dados obtidos através dos sistemas de produção e comercialização de bebidas alcoólicas.

A nível mundial, a monitorização dos níveis e padrões de consumo de álcool é, geralmente, feita a partir de estimativas obtidas através da contabilização da produção e das trocas comerciais de bebidas alcoólicas, e não através de estudos realizados pelas autoridades de saúde, as quais raramente têm recursos para uma monitorização que utilize dados obtidos directamente através de estudos de base populacional (WHO, 1999).

Um outro factor que dificulta a monitorização epidemiológica do consumo de álcool e dos comportamentos a ele associados é a ausência de métodos consensuais para a sua medição, do que resultam inconsistências nos dados e nos indicadores obtidos em populações ou momentos diferentes e aconselha a interpretações comparativas forçosamente cautelosas (WHO, 1999).

Por exemplo, em algumas populações a produção e o consumo de bebidas alcoólicas são actividades ilícitas, condenadas por motivos políticos, religiosos, ou outros, o que impede a medição directa do seu consumo (WHO, 1999). O mesmo se passa em países em que a economia informal e a produção doméstica são importantes. Nestas situações o consumo de álcool não pode ser medido mas apenas estimado indirectamente (WHO, 1999).

Assim, os indicadores mais utilizados têm sido construídos com base nos volumes de trocas comerciais os quais, em conjunto com as estimativas da população residente em cada país, permitem o cálculo de consumos *per capita*, geralmente referidos à população com mais do que 15 anos de idade (WHO, 1999; Produktschap voor gedestilleerde dranken, 1997).

De acordo com a OMS, o consumo excessivo de álcool refere-se a um padrão de consumo que se considera exceder um consumo moderado ou aceitável e, de acordo com a OMS, é um conceito equivalente ao de consumo perigoso (WHO, 1994). Nas sociedades ocidentais, o consumo de bebidas alcoólicas tem sido classificado, de uma forma geral, em quatro grupos, de acordo com o seu padrão de consumo: 1) consumo “social”; 2) consumo “de risco”; 3) consumo problemático; 4) consumo em dependência (Peele, 1997).

No Reino Unido, o Institute for Alcohol Studies (IAS), a pedido do governo, definiu o consumo de álcool sem riscos sérios para a saúde como o consumo diário até 3 a 4 bebidas no sexo masculino e até 2 a 3 bebidas no sexo feminino (IAS, 2002; Royal College of Physicians, 2010).

Já nos EUA, o CDC considera dois padrões de “consumo excessivo de bebidas alcoólicas”: 1) o consumo ocasional excessivo (Binge drinking), definido como o consumo, numa mesma ocasião, de 4, ou mais bebidas, no caso das mulheres, ou de 5, ou mais bebidas, no caso dos homens; 2) consumo pesado (heavy drinking), definido como o consumo diário de mais do que uma bebida, no caso das mulheres, ou de mais do que 2 bebidas, no caso dos homens (US.DHHS.CDC, 2010).

Também a idade a partir da qual se pretende obter estimativas sobre o consumo de bebidas alcoólicas leva a que a OMS aconselhe a obtenção de dados de consumo de bebidas alcoólicas obtidos através de inquéritos gerais de saúde à população, desde a menor idade possível, de preferência sempre a partir dos 18 anos de idade (WHO, 2003).

Os **padrões de consumo de bebidas alcoólicas a nível global** revelam que, apesar dos constrangimentos referidos, os consumos *per capita* de álcool entre a população com idade superior a 15 anos são mais elevados nas regiões do globo com maior desenvolvimento económico. Na maior parte dos países destas regiões, nomeadamente na

região Europeia, o consumo *per capita* de álcool tem sofrido um decréscimo rápido desde o início da década de 1980 (Harkin, 1995; WHO, 1999).

Já nos países da região do Pacífico Ocidental e nos países da Europa Central e de Leste, o consumo *per capita* de álcool revela um aumento mais lento, mas sustentado, desde a década de 1970 (WHO, 1999). Entre 1970 e 1996, 47% dos países em desenvolvimento e 35% dos países desenvolvidos registaram aumentos no consumo *per capita* de álcool puro entre a população de 15 e mais anos (WHO, 1999).

A tendência parece ser, assim, de aproximação do consumo médio *per capita* destas duas regiões ao nível verificado na região das Américas (5 a 9 litros de álcool puro por adulto por ano). É de considerar a forte possibilidade de a estimativa do consumo na região Europeia ser inferior à realidade devido, em grande parte, à produção e à comercialização paralelas verificadas nos países da Europa central e de leste desde a desagregação da União Soviética (WHO, 1999). Por outro lado, as regiões Africana, Mediterrânea oriental e Americana parecem manter consumos essencialmente estáveis (WHO, 1999).

O estudo da **epidemiologia do consumo de bebidas alcoólicas em Portugal** sugere que terá havido um decréscimo no consumo de álcool durante as últimas décadas do século XX, facto que parece ser confirmado pelos poucos inquéritos de base populacional entretanto realizados e por alguns estudos internacionais (Portugal.MS.DGS, 1998; Portugal.MS.INSa, 2000; Portugal.MS.INSa, 2008; WHO, 1999; WHO, 2010). Já em 2011, a OCDE estima em 23% o decréscimo no consumo médio *per capita* de álcool entre os anos de 1980 e 2007 (OECD, 2011).

Os padrões de consumo parecem ter sofrido alterações importantes, em especial entre os mais jovens, caracterizado pelo início mais precoce do consumo de álcool, preferência pelo consumo de cerveja, preferência crescente pelo consumo de bebidas com elevado teor

alcoólico, consumo excessivo em curtos espaços de tempo e consumo geralmente associado a ambientes e situações específicas (Portugal.MS.IDT, 2001).

Apesar de, através das fontes de informação ligadas ao comércio e indústria, Portugal surgir, reiteradamente, entre os maiores consumidores de bebidas alcoólicas a nível Europeu e Mundial, são escassas as fontes nacionais de dados e de informação de base populacional acerca do consumo de álcool no nosso país (Portugal.MS.DEPS, 1990; Portugal.MS.DGS, 1998; Portugal.MS.INSa, 2000; Gameiro, 1998). A par da Grécia, Irlanda, França e Bélgica, Portugal é o país Europeu com menor número de estudos especializados realizados especificamente acerca do consumo de álcool e dos problemas a ele associados (Simpura, 2001).

Os Inquéritos Nacionais de Saúde, realizados em amostras representativas da população residente em Portugal Continental em 1987, 1995/96 e 1998/99 e 2005/2006 permitem construir indicadores de base populacional da frequência, declarada pelos entrevistados, de consumo de vários tipos de bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores e nos sete dias anteriores à entrevista, bem como do volume consumido nos sete dias anteriores à entrevista (Portugal.MS.DEPS, 1990; Portugal.MS.DGS, 1998; Portugal.MS.INSa, 2000; Portugal.MS.INSa, 2008). Utilizando os dados obtidos, foi possível estudar as prevalências de consumidores de bebidas alcoólicas no ano anterior à entrevista, em 1987, 1995/1996, 1998/1999 e 2005/2006, bem como durante a semana anterior à entrevista, desagregadas por grupo etário, sexo e região.

Por outro lado, utilizando os valores de frequência e de volume de consumo referidos pelos entrevistados e os teores em etanol definidos pela Tabela Nacional de Composição de Alimentos foi possível estimar o consumo de álcool puro, expresso em gramas de

etanol, para cada uma das pessoas entrevistadas que declararam ter consumido algum tipo de bebida alcoólica na semana anterior à entrevista (Matias Dias, 2003).

Outros estudos, realizados em amostras da população portuguesa em 1987, 1991 e 1997, permitiram aprofundar o conhecimento dos padrões e das motivações para o consumo de bebidas alcoólicas, complementando os indicadores obtidos pelos INS (Gameiro, 1998).

Uma análise secundária dos dados do estudo EpiPorto revelou dois padrões distintos de consumo ao longo da semana: um padrão predominante, caracterizado pelo aumento do consumo aos fins-de-semana, naquelas pessoas com consumo apenas durante as refeições, e um outro padrão de aumento linear do consumo de segunda-feira a domingo naqueles que consumiam a qualquer dia. O efeito protector do grau de instrução não era consistente nesta análise (Lopes, 2008).

A informação acerca dos consumos de bebidas alcoólicas entre a população mais jovem em Portugal provém, essencialmente, dos estudos elaborados no âmbito do projecto ESPAD, em 1995 e 1999. Apesar de, anteriormente, terem sido realizados estudos esporádicos em amostras populacionais de menor dimensão (Portugal.MS.DGS, 2001a).

De acordo com o INS realizado em 1998/1999, cerca de 60% da população com 15 ou mais anos de idade residente em Portugal Continental, declarou ter consumido pelo menos uma bebida alcoólica nos 12 meses anteriores à entrevista, sendo a frequência nos homens (82,2%) muito superior à observada nas mulheres (45,8%). Esta prevalência de consumidores era mais elevada na região Norte (68,8%) e mais baixa no Algarve (55,7%) e Alentejo (42,8%), aparentemente devido à menor percentagem de mulheres consumidoras nessas regiões (Portugal.MS.INSa, 2000; Matias Dias, 2003).

Considerando os INS realizados no território Continental em 1987, 1995/1996 e 1998/1999, a percentagem de consumidores do sexo masculino terá decrescido em todas

as Regiões do país, observando-se, no entanto, aumentos na prevalência de consumidores nos grupos etários extremos (15-17 anos e mais de 75 anos).

Já no sexo feminino terá ocorrido um ligeiro aumento na prevalência de consumidoras, com alguma diminuição nas regiões do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo e um forte aumento nas regiões do Alentejo, em todos os grupos etários, e na região do Algarve, a partir dos 35 anos de idade (Matias Dias, 2003).

Por outro lado, os estudos realizados por Aires Gameiro, sugerem que cerca de um terço da população portuguesa nunca tenha consumido, ou tenha deixado de consumir, bebidas alcoólicas; um terço da população consuma habitualmente bebidas alcoólicas e, finalmente, que um terço da população consuma bebidas alcoólicas a todas, ou quase todas, as refeições (Gameiro, 1998). Este estudo, denominado “Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal”, realizado sobre uma amostra representativa da população nacional, incluindo as Regiões Autónomas, com 15 e mais anos de idade, incluiu 2004 entrevistas realizadas entre Novembro de 1996 e Janeiro de 1997, e permitiu obter as seguintes estimativas da magnitude dos problemas ligados ao álcool: 580.000 doentes alcoólicos (síndrome de dependência de álcool), isto é, cerca de 7% da população nacional; 750.000 bebedores excessivos (síndrome de abuso de álcool), equivalente a 9,4% da população nacional (Gameiro, 1998).

Entre a população escolar portuguesa, estima-se que a prevalência de problemas ligados ao álcool se situe entre 10% e 20%, em alunos universitários (Breda, 1999; Mello, 2001; Breda, 2010). Por seu lado, entre 18% e 20% dos alunos do ensino secundário, com uma média de idades de 16 anos, ter-se-ão embriagado durante o ano anterior ao estudo (Breda, 1999; Mello, 2001).

Numa série de outros inquéritos em meio escolar realizados entre 1987 e 1993 em escolas públicas de diversas regiões portuguesas, estimou-se que 60% dos jovens com idade entre os 12 e os 18 anos já tivessem consumido bebidas alcoólicas alguma vez durante a vida, e que 27% a 42% o tivessem feito nos 30 dias anteriores (Machado-Rodrigues, 1994).

À semelhança do consumo de tabaco, os inquéritos realizados no âmbito do Projecto ESPAD são uma fonte importante de dados e de informação para a monitorização do consumo de bebidas alcoólicas na população jovem. No inquérito ESPAD realizado em 1999 foi inquirida uma amostra representativa dos alunos nascidos em 1983 que estavam matriculados no 8º, 9º e 10º ano do ensino oficial, representando cerca de 83% dos estudantes desta idade matriculados no ensino oficial (Portugal.MS.IPDT, 2001). De acordo com os dados obtidos, a prevalência de consumo de pelo menos uma bebida alcoólica ao longo da vida era de 78%, enquanto a prevalência de consumo nos 30 dias anteriores era de 49%. No mesmo período de referência, o consumo mais elevado era o de cerveja, referido por 44% dos alunos, enquanto o consumo de bebidas espirituosas e de vinho era mencionado por, respectivamente, 37% e 15% dos alunos que responderam.

Os indicadores de consumo excessivo de álcool, revelaram que cerca de 3% dos jovens referiu experiências de embriaguez “20 vezes ou mais ao longo da vida”, enquanto 4% referiu ter-se embriagado 3 ou mais vezes no mês anterior (Portugal.MS.IPDT, 2001).

O padrão de consumo de bebidas alcoólicas em grande quantidade e num curto espaço de tempo (5 ou mais bebidas “de seguida” em pelo menos 3 ocasiões nos 30 dias anteriores ao estudo) foi referido por cerca de 7% dos jovens inquiridos, enquanto 9% referiram a ingestão de mais de 10cl de bebidas espirituosas, e 8% mais de 100cl de cerveja durante a última ocasião em que consumiram bebidas alcoólicas (Portugal.MS.IPDT, 2001).

Relativamente às idades de início do consumo, cerca de 45%, 30% e 28% dos alunos respectivamente a frequentar o 8º, 9º e 10º anos do ensino básico, tiveram a sua primeira experiência de consumo de bebidas alcoólicas até aos 13 anos de idade, denotando um início cada vez mais precoce deste tipo de iniciação.

Comparando os inquéritos ESPAD efectuados em 1995 e 1999, verifica-se uma estabilidade do consumo de cerveja e de vinho, e um aumento do consumo de bebidas espirituosas. Preocupante é, também, a maior frequência de situações de embriaguez e de consumos concentrados no tempo reportadas pelos jovens (tomar 5 ou mais bebidas de seguida) comparativamente com o observado em 1995. Refira-se, ainda, a estabilização da percentagem de jovens que referiu o início de experiências abusivas de consumo de álcool em idades precoces (até aos 13 anos), facto mencionado por 12% dos jovens (14% dos rapazes e 9% das raparigas) (Portugal.MS.IPDT, 2001).

Comparativamente aos dados gerados pelos inquéritos ESPAD noutros países, Portugal continua a ser um dos países Europeus em que este grupo populacional revela uma menor prevalência de consumidores de álcool e, sobretudo, em que uma menor percentagem de alunos reporta padrões de consumo abusivo de álcool (Portugal.MS.IPDT, 2001).

De acordo com os dados recolhidos através do INS efectuado durante 1998/1999 em Portugal Continental, o consumo médio de etanol por português era maior no sexo masculino (47,3 g de etanol) do que no sexo feminino (17,1 g de etanol), sendo os valores mais elevados observados no grupo etário 35 a 44 anos, tanto nos homens como nas mulheres (Matias Dias, 2003).

Em comparação com os dados gerados pelo INS anterior (1995/1996), parece poder afirmar-se que terá ocorrido uma diminuição no volume total de etanol consumido diariamente pela população do Continente (39,3 g de etanol em 1995/1996: 37,8 g de

etanol em 1998/1999) e em todas as regiões administrativas, com excepção do Alentejo. Esta diminuição foi notória em ambos os sexos (homens: 48,4 g em 1995/1996, 47,3 g em 1998/1999; mulheres: 19,3 g em 1995/1996, 17,1 g em 1998/1999). No entanto, é de referir que se observaram aumentos importantes nas quantidades consumidas pelas mulheres no Alentejo, entre os 15 e os 54 anos de idade, bem como pelos homens na Região do Alentejo e do Algarve (Matias Dias, 2003).

Ainda com base na quantificação do volume de etanol obtida a partir dos dados do último INS, é possível estimar em aproximadamente um milhão e duzentos mil o número de homens que em Portugal continental têm um consumo médio diário de etanol acima de 37,8 gramas e em quatrocentas e quinze mil o número de mulheres com um consumo médio diário de etanol acima de 12,1 gramas (Matias Dias, 2003).

A informação sobre o consumo de álcool obtida através da análise dos dados da produção industrial e do comércio indicam que o consumo médio de álcool em Portugal era de 9,6 litros *per capita* em 2003, o que colocava o país na 8ª posição nível mundial, enquanto no ano 2000 o consumo médio era de 10,3 litros *per capita*, ou seja o terceiro maior valor mundial, apenas superado pelo verificado no Luxemburgo, com 12,1 litros, e na Roménia, com 11,7 litros (Produktschap Voor Gedistilleerde Dranken, 2001; Produktschap Voor Gedistilleerde Dranken, 2005).

Dados da mesma fonte permitem apreciar a evolução dos volumes consumidos *per capita* em Portugal desde 1961 (12,2 litros de álcool) com valores máximos observados em 1971 (14,3 litros de álcool) (Produktschap Voor Gedistilleerde Dranken, 1997).

A importância relativa da cerveja como bebida cada vez mais consumida é também revelada por dados de diversas fontes. De facto, entre 1961, ano em que eram consumidos cerca de 4,9 litros de cerveja *per capita*, e o ano 2000, em que foram consumidos 65,3

litros *per capita* desta bebida em Portugal, o volume de cerveja consumido em média por cada português durante um ano terá aumentado mais de catorze vezes.

A combinação de uma elevada taxa de utilização de álcool e uma taxa relativamente baixa do alcoolismo em alguns países produtores de vinho europeus levou alguns investigadores a postular que o consumo excessivo de álcool poderia ser controlado de forma mais efectiva se fosse considerado o padrão normal de consumo de alimentos e de socialização no modelo conceptual de intervenção.

Nos EUA, o controlo do alcoolismo baseia-se no modelo centrado na doença segundo o qual, por razões genéticas ou outras, uma parte da sociedade não se adapta com sucesso ao consumo de álcool em níveis aceitáveis, o que faz com que o seu fracasso em adaptar o padrão de consumo seja considerado um problema médico que deve ser tratado.

1.3.3. Actividade física insuficiente

Geralmente, define-se “actividade física” como qualquer movimento do corpo ocasionado pela acção dos músculos esqueléticos, que resulta num aumento substancial do dispêndio energético em relação ao estado de repouso (Bouchard, 1994). A actividade física pode ser caracterizada quanto à intensidade, duração e frequência, enquanto os principais ambientes para a sua avaliação são os ambientes de tempos livres, o ambiente laboral, residencial e os transportes (Bouchard, 1994).

A actividade física, ocupacional ou de lazer, tem um efeito protector sobre a doença cardiovascular, entre outras, que se verifica em ambos os sexos e em qualquer idade, e está dependente da sua frequência e intensidade (Bull, 2004). Diversos estudos observacionais,

prospectivos, demonstraram relações inversas entre os níveis de actividade física e a incidência de doença cardiovascular, diabetes mellitus do tipo II e alguns tipos de neoplasias malignas (Hu, 1999; Lee, 2001; Thune, 2001; Lee, 2003).

Estes estudos confirmaram a hipótese, anteriormente sugerida por estudos em cadáveres e em trabalhadores dos transportes, dos correios, e de outros serviços públicos em Londres, em meados do século XX, de que a quantidade total de actividade física relacionada com o trabalho era um factor protector importante para a doença cardiovascular em homens saudáveis de meia-idade (Morris, 1953, Morris, 1958, Morris, 1973).

Enquanto nos primeiros estudos sobre esta hipótese a classificação do nível de actividade física era baseada nas características da ocupação profissional, estudos subsequentes, que classificaram o nível de actividade física com base em questionários, confirmaram aquela hipótese, não apenas para níveis de actividade física relacionada com a ocupação, como, também, para níveis de actividade física nos tempos livres e com a actividade física diária total (Taylor, 1962; Paffenbarger, 1975; Leon, 1987).

Com base em evidência epidemiológica actual sobre o papel deste determinante de saúde, sobre a **mortalidade e a morbilidade**, a promoção da actividade física poderia reduzir o risco de hipertensão, doença cardiovascular, diabetes mellitus não insulino-dependente, bem como de algumas formas de cancro, doença músculo-esquelética e psicológica e contribuir para a redução das cerca de 600000 mortes que se estimou terem sido causadas em 2006 pela inactividade física nos países da região europeia da OMS (WHO, 2007).

A promoção da actividade física é, ainda, considerada central no combate à actual pandemia de excesso de peso e obesidade (US.DHHS.CDC, 2005a; US.DHHS, 2008).

O modelo ecológico parece ser o que melhor se adapta ao estudo dos **determinantes da actividade física insuficiente**, dada a sua multiplicidade e complexidade (WHO, 2007).

A OMS identifica três tipos de determinantes da actividade física insuficiente, sobre os quais deve efectuar-se o planeamento para o controlo do sedentarismo: 1) Os factores individuais, como as atitudes face à actividade física, ou as crenças sobre a capacidade de cada um ter uma actividade física adequada; 2) O microambiente, ou seja, o lugar onde as pessoas vivem, aprendem e trabalham; 3) O macroambiente, que inclui as condições sociais e económicas, culturais e ambientais (WHO, 2007).

As características de nível individual que habitualmente têm sido utilizadas para explicar a ocorrência de actividade física insuficiente são o nível de instrução, a ocupação e a profissão. No entanto, estes factores revelam relações complexas com outras variáveis, como o género, a etnia, ou a religião (Marmot, 2005). Os diferentes papéis que homens e mulheres adoptam nos contextos sociais onde vivem, por exemplo, determinam, em grande parte, a frequência e o tipo da sua actividade física (WHO, 2003; WHO, 2007).

Nas sociedades mais desenvolvidas, bem como naquelas em desenvolvimento, a diminuição da fracção da população envolvida em profissões que exigem esforço físico intenso, originada pela mecanização das tarefas e pela transferência entre sectores produtivos, tem originado o esbatimento das diferenças na prevalência de sedentarismo, anteriormente mais elevado nas classes sociais menos favorecidas (Monteiro, 2004). No entanto, o sedentarismo continua a ser mais frequente entre os grupos desfavorecidos, contribuindo para as desigualdades na distribuição da obesidade (WHO, 2007).

Em Portugal, os resultados sugerem que a inclusão da frequência e intensidade da actividade física exercida no âmbito da actividade profissional diminui os níveis de sedentarismo na população com menor instrução e profissões menos diferenciadas (Gal, 2005). Esta observação confirma diversos estudos internacionais e suporta a

recomendação para que seja a actividade total a ser considerada na classificação da população sedentária (Salmon, 2000).

Assim, os factores explicativos das diferenças sociais existentes, alvo potencial de intervenção para a resolução do aumento do sedentarismo, devem ser procurados, cada vez mais, no campo das actividades de tempos livres (Monteiro, 2004; WHO, 2007). Estas actividades exigem, por definição, tempo disponível, bem como possibilidades económicas para alguns tipos de actividade física de lazer (WHO, 2007).

Os factores do micro ambiente incluem aqueles que potenciam a actividade física nas áreas de residência, de estudo e de trabalho como, por exemplo, a existência de áreas de lazer ao ar livre, seguras e agradáveis, a existência de equipamentos e instalações acessíveis dedicadas à actividade física, a inclusão de tempos de actividade física nos programas escolares e nos locais de trabalho (Popkin, 2005; WHO, 2007).

De entre os factores do macro ambiente, o nível social e económico é determinante. A população com menor nível social e económico não dispõe, geralmente, de tempo, acesso, ou infra-estruturas que permitam, ou facilitem, a sua participação em actividades de lazer. Os grupos sociais menos favorecidos tendem, também, a viver em áreas com piores condições de circulação e tráfego automóvel mais intenso. Finalmente, a dependência da utilização de automóvel próprio para as deslocações diárias diminui a possibilidade de adopção de hábitos que incluam a prática de actividade física diária (WHO, 2007).

Embora seja um dos mais importantes determinantes de saúde, a **quantificação e monitorização da actividade física** na população não se tem apresentado fácil, em parte devido à inexistência de definições consensuais de actividade física e de sedentarismo, bem como de instrumentos universalmente aceites para utilização em estudos epidemiológicos (Janz, 2006; Varo, 2003).

O contexto, laboral ou de lazer, em que se pretende medir o nível de actividade física condiciona os resultados obtidos. Por exemplo, a avaliação da actividade física de lazer baseia-se, na maior parte dos estudos, em inquéritos por questionário, embora se saiba que esta abordagem tende a sobreavaliar o nível de actividade física real (Lichtman, 1992).

Assim, embora o instrumento mais utilizado para a medição da actividade física em estudos epidemiológicos seja o questionário, é actualmente preconizado que a avaliação dos níveis de actividade física seja efectuada através da utilização de diferentes abordagens, pois enquanto dispositivos electrónicos, como os pedómetros, ou os acelerómetros, resultam em estimativas menos enviesadas dos dados sobre a actividade física realizada, os questionários propiciam informação contextual importante que não está disponível através daqueles dispositivos (Tudor-Locke, 2002; Janz, 2006).

Diversos estudos, em crianças e em adultos, mostram que a utilização de dispositivos para a medição da actividade física resulta mais frequentemente na detecção de associações significativas e coerentes com o conhecimento científico actual, por oposição à utilização apenas de informação obtida através da aplicação de questionários (Basset, 2000).

A combinação destes dois grupos de métodos de medição permite, segundo diversos autores, caracterizar as relações de dose – resposta entre a actividade física e os resultados de saúde, designadamente, na pesquisa das características da actividade física (volume, intensidade, duração, frequência, ou constância) que propiciam os mecanismos que resultam em benefícios para a saúde (Janz, 2006).

O estudo dos **padrões de actividade física insuficiente a nível internacional** indica que a inactividade física é o quarto factor de risco mais importante para a morte por todas as causas, sendo responsável por 6% das mortes a nível global (WHO, 2009; WHO, 2010).

Pelo menos dois terços da população adulta residente na União Europeia tinham, em 2007, actividade física insuficiente para atingir benefícios de saúde óptimos (WHO, 2007). No entanto, de acordo com um relatório da OMS, a escassez de estudos epidemiológicos de seguimento, ou de inquéritos à actividade física na população europeia, dificulta a avaliação das tendências deste determinante nesta região (WHO, 2006).

Em países como a Suíça e o Reino Unido, evidência gerada por inquéritos populacionais indica a diminuição dos níveis de actividade física entre 1992 e 1997, no primeiro caso, e entre 1975 e 2001, no segundo (UK.DoH, 2004). Já os inquéritos nacionais de saúde da Finlândia e da Suíça verificaram o aumento do nível deste determinante entre a década de 70 e meados da década de 90 do século XX (UK.DoH, 2004).

Nos EUA, entre a década de 1990 e 2004, a tendência foi de aumento da proporção da população que reportava actividade física de lazer e em 2005 apenas 23,7% da população referia não realizar actividade física de tempos livres (US.DHHS.CDC, 2005a; US.DHHS.CDC, 2005b). No entanto, em 2005, menos de metade da população naquele país cumpria a recomendação do Departamento de Saúde para actividade física (Haskel, 2007).

As tendências temporais dos **níveis e tipos de actividade física na população portuguesa** são, em grande medida, desconhecidas mas, de acordo com alguns estudos, a população portuguesa, em especial a feminina, tem níveis de inactividade física elevados.

Por exemplo, o INS realizado em 1998/1999 a uma amostra representativa de cerca de 50000 pessoas revelou prevalências de baixa intensidade da actividade física total em 87,6% da população feminina, e em 71,6% da população masculina (Camões, 2008). Estes valores estão próximos dos observados por outro estudo que abrangeu diversos países europeus onde a ocorrência de sedentarismo atingia 85.2% dos homens e 90.0% das mulheres portuguesas (Varo, 2003).

Também o estudo promovido em 1999 pela Sociedade Portuguesa de Ciências da Alimentação e Nutrição revelou um dispêndio energético relacionado com a actividade física menor nas mulheres (Poínhos, 2009).

Estudos de menor dimensão, realizados na Ilha de São Miguel, e na Região Autónoma dos Açores, utilizando a versão curta do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), reportaram níveis insuficientes de actividade física, respectivamente em dois terços e em 42,6% das amostras estudadas (Santos, 2004; Esperança, 2004).

Um outro estudo, realizado na cidade do Porto sobre uma amostra de 2134 pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, obteve uma percentagem de 84% da amostra com sedentarismo nos tempos livres (Gal, 2004). Ainda nessa amostra, o sedentarismo era mais frequente nas mulheres (79% nos homens e 86% nas mulheres) quando consideradas as suas actividades totais de um dia (Gal, 2005).

Nos estudos já referidos, a prevalência de sedentarismo era maior entre as pessoas que declararam não possuir nenhum nível de instrução, entre a população reformada, em especial no sexo feminino, seguida pela população masculina desempregada, bem como entre a população com profissões mais diferenciadas (Gal, 2005; Camões, 2008).

1.3.4. Alimentação não saudável

Existe ampla evidência epidemiológica, quer de nível ecológico quer individual, sobre a relação entre o estado de saúde e a ocorrência de doença e o comportamento alimentar, ou seja, os hábitos e os padrões alimentares e os alimentos consumidos (Frazão, 1999; WHO, 2003; Donaldson, 2004; Palacios, 2009).

Uma dieta adequada, proporcional, moderada e variada, juntamente com níveis adequados de actividade física regular, ausência de consumo de tabaco e álcool e manutenção de um peso adequado podem impedir uma importante proporção das doenças crónicas e degenerativas (Hu e Willet, 2002; Donaldson, 2004).

Os factores nutricionais e os padrões alimentares não saudáveis estão associados com o aumento da incidência e da prevalência de diversos problemas de saúde e doenças, onde se destacam o excesso de peso e a obesidade, a hipertensão arterial, as dislipidemias, a diabetes mellitus do tipo 2, as doenças cardiovasculares, a osteoporose, a cárie dentária, os distúrbios gastrointestinais e a maioria dos cancros, incluindo o cancro da cavidade oral (Hu e Willett, 2002; WHO, 2003; Donaldson, 2004; Palacios, 2009).

Diversos tipos de alimentos, nutrientes e padrões alimentares têm sido associados a um melhor estado de saúde. São eles: a maior ingestão de fibras vegetais e hidratos de carbono complexos, oriundos de cereais integrais, vegetais e frutos; o predomínio de gorduras poli-insaturadas na componente lipídica da dieta e a menor ingestão de gorduras saturadas (geralmente menos de 10% das gorduras ingeridas) (Delogerli, 1994; WHO, 2003; US.DA:US.DHHS, 2010). Estes aspectos são considerados essenciais para uma alimentação correcta e saudável, conjuntamente com aporte calórico e actividade física adequados a cada idade (Van-Duyn, 2000; WHO, 2003; USDA:USDHHS, 2010).

Da análise dos **determinantes da alimentação não saudável** é de salientar que as dietas de elevada qualidade, avaliadas quanto ao conteúdo em vitaminas, minerais, e oligo-elementos, estão positivamente associadas com os níveis de rendimento e de instrução, a idade, o aporte energético, a diversidade alimentar, a realização de actividades desportivas e a adopção de uma dieta vegetariana. Por outro lado, as dietas de baixa qualidade estão associadas a excesso de ingestão em relação às necessidades energéticas (Thiele, 2004).

O género masculino tem sido associado a uma maior vulnerabilidade a dietas de baixa qualidade (Popkin, 2005; Poínhos, 2009). O consumo de frutos, legumes e vegetais, em especial, parece variar inversamente com a tendência crescente de consumo de alimentos com densidade energética elevada, mais baratos e acessíveis, assim como com o número progressivamente mais elevado de refeições tomadas fora de casa (Popkin, 2005).

Numa revisão de estudos representativos de 15 países Europeus, embora o consumo de frutos e vegetais fosse mais frequente na população com níveis de instrução mais elevados, eram as classes sociais mais baixas que revelavam o consumo mais frequente nas regiões onde estes alimentos são consumidos mais comumente (Roos, 2000).

A evidência sobre o efeito dos determinantes sociais e económicos nos hábitos alimentares tem aumentado nas últimas décadas, geralmente, sugerindo, uma associação directa entre a qualidade dos comportamentos alimentares e o nível social e económico, seja devido à maior acessibilidade, ou percepção de acessibilidade a alimentos mais saudáveis, seja por maior e mais correcto conhecimento acerca dos princípios de uma alimentação saudável (Popkin, 2005; Darmon, 2008). O consumo de frutos, legumes e vegetais, em especial, é menos frequente nos adultos e adolescentes com baixo nível social e económico (Giskes, 2002). Os factores macroeconómicos, por exemplo, são apontados como condicionando as escolhas de alimentos densos em energia, favorecedores do aumento ponderal e da obesidade, geralmente mais acessíveis e disponíveis em especial nos ambientes citadinos (Drewnowski, 2007).

Os questionários de frequência alimentar são considerados como o modo mais prático e económico de recolha de dados e **monitorização dos padrões alimentares** em larga escala (Freedman, 1990; Subar, 2001). No entanto, a sua aplicação aumenta a duração das

entrevistas em inquéritos gerais de saúde e está sujeita a viéses de memória importantes (Freedman, 1990; Subar, 2001; Kipnis, 2002).

Assim, em situações em que não é necessária a avaliação da dieta total, ou em que não é necessária precisão nas estimativas alimentares, diversos inquéritos populacionais utilizam conjuntos pouco extensos de perguntas que visam rastrear, entre outros, a ingestão de frutos e vegetais, gordura, fibra, carnes, muitas vezes sem recurso a perguntas sobre as porções consumidas (Kim, 2003). Estes instrumentos são utilizados, por exemplo, nos inquéritos nacionais de saúde dos EUA (Thompson, 2004). Embora menos precisos do que os inquéritos de ingestão de alimentos nas 24h anteriores, estes instrumentos são úteis quando se pretendem caracterizar os consumos medianos, discriminar entre grupos populacionais com baixa e elevada ingestão de alimentos, estudar as relações entre a alimentação e outras variáveis, ou comparar resultados entre estudos com dimensões muito diferentes (Kim, 2003; Thompson, 2004). Os Inquéritos Nacionais de Saúde realizados até agora em Portugal utilizaram instrumentos curtos deste tipo, com um leque muito pequeno de perguntas sobre a ingestão alimentar no dia anterior (Portugal,MS.DGS, 1998; Portugal.MS.INSa, 2000; Portugal.INSa/INE, 2008).

A nível internacional existem diferentes **padrões alimentares** que têm sido relacionados com menor risco de algumas doenças. Os mais conhecidos são a denominada “dieta mediterrânica”, a dieta vegetariana, a dieta das populações rurais na China e a dieta de certas regiões da Ásia e do Japão (Delogerli, 1998; Marmot, 2005).

O denominado “Estudo dos Sete Países” foi o primeiro estudo epidemiológico realizado com o objectivo de caracterizar de forma sistemática este tipo de dietas e o seu impacte sobre a saúde. Num seguimento de 10 anos de populações de sete países, foi possível

documentar-se valores ajustados para a idade da incidência de doença coronária, máximos na Finlândia e nos EUA, e mínimos na ilha Grega de Creta e no Japão (Marmot, 2005).

No entanto, a dificuldade na medição da dieta, enquanto exposição, é considerável, em parte devido a diferenças seculares e no interior de uma mesma população, mas também pela dificuldade na quantificação da dieta ao nível individual, em particular durante a vida diária actual em populações urbanas que recorrem cada vez mais a refeições fora de casa.

Utilizando um questionário de frequência alimentar nas 24h anteriores, o estudo EPIC (European Prospective Study into Cancer and Nutrition) revelou um consumo de alimentos fora de casa mais frequente durante os dias de semana nos países da Europa do norte, e aos fins-de-semana, nos países do sul da Europa (Riboli, 1997; Orfanos, 2007).

Os alimentos ingeridos fora de casa consistiam, geralmente, em líquidos (café, chá, água e doces). A ingestão calórica em refeições tomadas fora de casa era, geralmente, mais elevada nos países do norte do que nos países do sul da Europa. O consumo frequente de alimentos fora de casa estava positivamente associado com estilos de vida sedentários, com o teor energético ingerido e o nível de instrução, e inversamente associado com a idade e a actividade física (Orfanos, 2007).

Os **comportamentos alimentares da população portuguesa** são, em grande parte, desconhecidos (Poínhos, 2009; Rodrigues, 2007). No entanto, dados de nível ecológico, indicam importantes alterações nos hábitos alimentares nas últimas décadas, com o consumo alimentar *per capita* a revelar aumentos significativos, concomitantemente com o desenvolvimento económico e o maior poder de compra das famílias portuguesas (Portugal.INE, 2003; Chen, 2007).

Numa análise de dados dos balanços agrícolas e alimentares relativos a 40 anos (1966 a 2003), Chen e Marques-Vidal reclamam para Portugal o maior aumento da quantidade de

calorias disponíveis para consumo de entre os países com dietas do tipo mediterrânico, ou seja, um aumento de cerca de 1000 Kcalorias naquele período (Chen, 2007).

A evolução no consumo dos grandes grupos alimentares entre 1990 e 2002 sugere um afastamento de um padrão alimentar do tipo mediterrânico, com um aumento do consumo de produtos de origem animal muito superior ao dos produtos de origem vegetal (Portugal.INE, 2003). Esta apreciação foi igualmente verificada na análise dos dados dos 3 INS realizados em amostras representativas da população no período 1987 a 1999, bem como em estudos da população adolescente (Cruz, 2000; Marques-Vidal, 2006).

Apesar deste afastamento, Portugal era em 2003 o segundo maior consumidor europeu de cereais e o quinto maior consumidor de vegetais e frutos frescos (Portugal.INE, 2003). O consumo de vegetais e frutos terá mesmo aumentado entre 1987 e 1999, em todos os grupos etários, com mais de 80% da população a referir o consumo de ambos os tipos de alimentos no dia anterior (Marques-Vidal, 2006).

Quanto ao consumo de carne e gorduras, o nosso país ocupava em 2003 respectivamente o quinto e sexto lugares entre os países europeus, tendo-se verificado o aumento do consumo destes grupos de alimentos através da análise dos dados dos 3 primeiros INS (Portugal.INE, 2003; Marques-Vidal, 2006).

Um estudo realizado em 2008 indicava o sabor dos alimentos como o factor mais referido por indivíduos de ambos os sexos como determinante na escolha alimentar em Portugal (52,2% no total) (Poínhos, 2009). Ainda nesse estudo, cerca de um terço dos homens (33,2%) referiram a decisão de outra pessoa e o hábito, ou a rotina (30,1%) como factores determinantes do tipo de alimentos consumidos. Por outro lado, as mulheres escolheram os factores “tentar fazer uma alimentação saudável” (39,2%) e “preço dos alimentos” (36,2%) como os mais importantes para a sua escolha.

1.3.5. Factores contextuais

As exposições a factores de contexto são universais nas populações, estão presentes nas relações sociais, para além da sua representação em cada indivíduo, e estão associadas a muitas das características de exposição individual.

De entre estes factores merecem relevo os **factores contextuais não modificáveis**, como a idade cronológica e o sexo determinado pelas características genéticas, designadamente por surgirem associados à maior parte das doenças crónicas e degenerativas, sendo, assim, importantes na identificação de grupos alvo de intervenções no âmbito do planeamento em saúde e da administração de saúde na comunidade (Shim, 2002; WHO, 2003).

A idade cronológica, permite que as populações sejam caracterizadas de acordo com a sua distribuição por grupos de idade, os quais partilham características de funcionamento e papéis sociais diferentes, como sejam, por exemplo, os idosos e os jovens.

O sexo, genético e biológico, está ligado a representações e papéis sociais que no seu conjunto originam a característica “género”. A frequência de doença cardiovascular, por exemplo, é mais elevada nas pessoas com sexo masculino do que nas pessoas com sexo feminino, e aumenta com a idade cronológica, ambos, factores não modificáveis.

Um outro grupo importante, o dos **determinantes contextuais modificáveis**, tem particular interesse em Saúde Pública e no presente trabalho, dado o seu potencial para a intervenção.

O interesse sobre o estado de saúde dos indivíduos e das populações sempre se relacionou com a atenção prestada aos factores contextuais em que a doença e a saúde ocorrem. As medidas sanitárias implementadas no mundo antigo com o objectivo de melhorar, proteger

e manter a saúde da população, por exemplo com o código de Hamurabi, na Mesopotâmia, ou a rede de saneamento na Roma antiga, são exemplos do papel dos factores do contexto, nesse caso ambiental, nos esforços para modificar o curso da doença e proteger ou melhorar a saúde, intervindo sobre os factores associados (Wallace, 2008).

Já após o Renascimento, o estudo comparativo da mortalidade nos mineiros da região inglesa da Cornualha, levado a cabo por William Farr, revelou diferenças, desde logo atribuídas à posição na estrutura social e abriu caminho para os trabalhos de Chadwick, dos quais “Observações políticas sobre as causas de morte” foi pioneiro (Whitehead, 2000).

No século XX, os estudos de migrantes japoneses nos EUA ilustraram novamente esta relação, a propósito do papel do contexto social e económico na investigação dos factores de risco cardiovascular (Keys, 1958). Os estudos prospectivos que Michael Marmot realizou entre os funcionários públicos londrinos, os conhecidos estudos de Whitehall, confirmaram definitivamente a relação entre a incidência de doença coronária e a posição social e iniciaram o extenso trabalho sobre o conjunto de determinantes contextuais actualmente designados por “determinantes sociais de saúde” (Marmot, 1978).

Posteriormente, as observações, de nível ecológico, de que a doença e a morte ocorrem mais frequentemente em populações com maiores níveis de desigualdade social e económica, e também, em sociedades internamente desiguais, transportaram esta relação entre factores individuais e sociais para níveis populacionais e sociais mais elevados e próximos da intervenção política (Wilkinson, 2009).

Assim, os factores do contexto social, nomeadamente aqueles relacionados com o funcionamento social, incluindo o género e os factores económicos, são hoje considerados importantes factores determinantes da morbilidade e mortalidade (WHO, 2003c).

De uma forma geral, pode dizer-se que à medida que as transições de saúde ocorrem, se dá uma inversão do gradiente socio-económico, com maior carga de doença crónica, designadamente cardiovascular, sobre os grupos mais desfavorecidos da população. Tal já se observou nos países mais desenvolvidos durante o final do século XX e parece ocorrer agora nos países menos desenvolvidos e em vias de desenvolvimento (Marmot, 2005b).

Durante a Assembleia Mundial da Saúde de 2004, o Director-Geral, Lee Jong-Wook, propôs a formação de uma Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (Commission on the Social Determinants of Health – CSDH), visando desenvolver evidência e identificar casos para o estudo de boas práticas de intervenção sobre estes factores, envolvendo o campo político e económico, a nível global e nacional (WHO, 2005). O relatório dos grupos que trabalharam durante três anos foi divulgado em 2008 na conferência que a OMS promoveu em Tallin, na Estónia (OMS, 2010).

Na preparação do trabalho da CSDH, Solar e Irwin propuseram uma classificação dos determinantes sociais em determinantes estruturais e determinantes intermédios. Os primeiros, por exemplo, o género, a etnicidade, o rendimento ou a instrução, estariam ligados à estratificação social e ao suporte, funcionamento e coesão sociais. Os segundos, por exemplo, as condições de vida e de trabalho, os comportamentos da população e as barreiras à adopção de comportamentos saudáveis, ou a disponibilidade de alimentos, determinariam as diferenças na exposição e vulnerabilidade a problemas que podem comprometer a saúde (Solar, 2005).

1.4. Ocorrência conjunta de determinantes de saúde

Como evidenciado nas secções anteriores, cada determinante relacionado com comportamentos tem, por si só, importantes efeitos sobre a saúde. No entanto, o estado de saúde das pessoas e das populações depende, necessariamente, não de uma única característica isolada, mas de um conjunto de características que coexistem muitas vezes no mesmo tempo, na mesma pessoa e, quase sempre, na mesma população. Essas características evoluem, interagem e modificam-se ao longo da vida, de formas ainda pouco conhecidas.

1.4.1. Importância e pertinência do facto

Os padrões de comportamento individual e colectivo contribuem, indubitavelmente, para a incidência da doença, para a sua prevalência e para a incapacidade daí resultante, determinando a carga de morbilidade, mortalidade e incapacidade em todas as sociedades (Hulshof, 1992; WHO, 1998; Pronk, 2004; WHO, 2008).

A associação entre alguns padrões de comportamento e o estado de saúde foi estudada de forma intensa a partir da segunda metade do século passado e resultou na quantificação exhaustiva das probabilidades de alteração de diversos aspectos do estado de saúde na presença de diversos factores. O termo “factor de risco”, com fortes raízes na abordagem epidemiológica, designa, ainda hoje, aqueles aspectos individuais ou dos ambientes físico,

social, económico ou político, que aumentam a probabilidade de efeitos negativos sobre a saúde (Last, 1988; Wallace, 2008).

No entanto, na metodologia epidemiológica em que se baseiam, os aspectos de exposição mencionados podem aumentar, ou diminuir, a probabilidade de efeitos nefastos sobre a saúde, de acordo com o seu nível. O termo “factor protector” completa essa gama de efeitos de uma exposição (Last, 1988; Wallace, 2008).

O termo “determinante de saúde”, originário da área da economia e da sociologia, e actualmente muito divulgado e utilizado, reflecte o reconhecimento do volume de evidência científica acumulado acerca da complexidade das inter-relações entre as diversas exposições e pretende abarcar o conjunto de aspectos individuais e do meio exterior ao indivíduo que podem influenciar o estado de saúde e aos quais as intervenções de Saúde Pública se devem dirigir (Evans, 1990; WHO, 1998).

Outro termo “Factor de risco modificável”, proposto por John Last, introduziu a ideia de que os factores de risco modificáveis poderiam ser vulneráveis à intervenção (Last, 2001).

As inter-relações entre os determinantes de saúde, bem como as combinações dos seus diferentes níveis de risco, são frequentes e resultam em probabilidades de ocorrência de problemas de saúde muitas vezes diferentes da simples soma dos seus efeitos isolados (Hulshof, 1992). O modelo multiplicativo atribui um efeito total resultante da ocorrência conjunta de mais do que um factor de risco maior do que a soma do efeito individual de cada um dos factores isoladamente. Este modelo multiplicativo tem sido o mais considerado e utilizado para a explicação dos contributos individuais de cada factor de risco para um determinado resultado de saúde (Kleinbaum, 1982; Rothman, 1998)

Como anteriormente descrito, os quatro principais determinantes de saúde relacionados com comportamentos (consumo de tabaco, consumo excessivo de álcool, actividade física

insuficiente e alimentação não saudável) estão associados entre si de forma complexa e não totalmente esclarecida (Fine, 2004; Pronk, 2004; Solar, 2005; WHO, 2009).

O efeito destes quatro factores comportamentais nem sempre é exercido directamente, uma vez que doenças como a hipertensão arterial, a obesidade e a diabetes, para as quais estes factores são determinantes, são, por sua vez, elas próprias determinantes da maior ocorrência de aterosclerose e as resultantes doenças cardiovascular e cerebrovascular.

Como exemplo ilustrativo, refira-se que cerca de 60% da carga global de doença cerebrovascular e cerca de metade da carga global de doença coronária são atribuíveis a pressão arterial elevada, a qual é influenciada, fundamentalmente, pelos padrões de dieta alimentar, em especial pela ingestão de sal em excesso, pelo peso corporal, associado a excesso de ingestão calórica e pela actividade física insuficiente, todos eles factores potencialmente modificáveis, relacionados com preferências, atitudes e comportamentos (WHO, 2008; WHO, 2010).

Também o nível elevado de colesterol sanguíneo, responsável por cerca de 20% da carga global de doença cerebrovascular e por 60% da carga global de doença coronária, depende de factores modificáveis, nomeadamente padrões alimentares inadequados, caracterizados por ingestão excessiva de gorduras ricas em ácidos gordos saturados, inactividade física e, em determinados grupos, do consumo de álcool (WHO, 2008).

A diabetes mellitus, outro dos factores de risco para a doença cardiovascular, tem sofrido aumentos apreciáveis, estimando-se que o número de adultos afectados venha a aumentar de cerca de 135 milhões, em 1995, para mais de 300 milhões, em 2025, época em que se prevê que mais de 75% dos adultos com esta doença residam em países em desenvolvimento (WHO, 2008). Mais uma vez, os principais factores de risco para a

diabetes mellitus – obesidade e inactividade física – são potencialmente modificáveis e estão relacionados com comportamentos e estilos de vida.

Estima-se que mais de mil milhões de pessoas em todo o mundo tenham excesso de peso, ou sejam obesas, características que estão associados ao aumento da pressão arterial e dos níveis de colesterol, bem como ao aumento do risco de desenvolver diabetes (WHO, 1997a). O excesso de gordura corporal, generalizado ou abdominal, determina 60% da carga global de diabetes e 20% da carga global de hipertensão arterial. Os mais importantes factores determinantes do excesso de peso e da obesidade são a dieta alimentar inadequada e o sedentarismo. De uma forma geral o sedentarismo determinará cerca de um quinto da carga global de doença coronária. (Gaziano, 2007).

O estudo dos factores de risco cardiovascular, inicialmente dirigido à análise de cada variável de exposição, candidata a factor de risco, por si, resultou num grande volume de conhecimento, aplicado, ainda hoje, na gestão clínica da doença e na sua prevenção primária. O conhecido estudo de Framingham teve origem, precisamente, na necessidade de identificar e isolar os factores de risco para a doença coronária, numa época em que esta doença afectava um número cada vez maior de adultos jovens nos países mais desenvolvidos (Dawber, 1951).

Na área de estudo das doenças cardiovasculares estes argumentos levaram à descrição da presença e da distribuição conjunta de variáveis de exposição individual, assim como ao estudo da sua importância na ocorrência daquelas doenças, tendo como resultado a construção de diversos índices com valor prognóstico obtidos a partir de dados sobre as combinações de factores de risco individuais.

Esta abordagem epidemiológica, clássica, apoia-se em diversos métodos, dos quais os mais utilizados são, na fase de análise dos dados: 1) a estratificação da medida de

associação, geralmente o risco relativo (mas também a *Odds Ratio*), ou a sua síntese ponderada através de diversos métodos dos quais o mais conhecido o proposto por Mantel e Hanszel; 2) a análise multivariada dos dados, geralmente através da utilização de métodos de modelação estatística por regressão para variáveis dependentes binárias, conhecida como regressão logística (Kleinbaum, 1982; Henekens, 1987).

No entanto, os resultados destas abordagens de análise, em particular da última, ao eliminar estatisticamente os efeitos das demais variáveis explicativas, afastam-se da realidade original, em que cada pessoa está exposta, concomitantemente, a diversas características do seu ambiente interior (biológico, genético, psicológico) e do seu ambiente exterior (físico, familiar, laboral, social, económico) e não apenas a uma característica isolada.

O estado de saúde das pessoas e das populações não depende, assim, de uma única característica isolada de cada vez, mas de um conjunto de características coexistentes, e que podem interagir ao longo da vida, pelo que a análise das relações dessas características com o estado de saúde deve ser efectuada considerando os factores de contexto e não apenas os factores alvos do interesse específico, sob pena de ver obscurecido o seu efeito global resultante da teia de causalidade (Haflon, 2002).

Alguns autores referem, também, a necessidade de alargar o estudo da distribuição conjunta e da agregação de factores de risco ao nível populacional, de modo a conhecer e a prever os efeitos que intervenções isoladas sobre um factor de risco, no âmbito de programas de controlo ou de prevenção de doenças específicas, ou ainda programas de promoção da saúde, possam vir a ter sobre outros factores de risco associados (Dee, 1999; Haflon, 2002).

Por exemplo, a observação de que os fumadores são, frequentemente, mais magros do que os ex-fumadores e que, por outro lado, estes últimos têm índices de obesidade mais elevados do que aqueles que nunca fumaram, torna necessário que se compreendam os factores determinantes do peso nos fumadores, de modo a poder evitar que o receio de ganhar peso interfira com a vontade de deixar de fumar, numa época de epidemia global de obesidade (Franceschi, 2001; Franceschi, 2002).

Outros estudos, ainda, revelam que, a nível da população, existe a percepção da natureza complexa de determinados problemas de saúde. Por exemplo, Covic refere que os pais têm a percepção da origem multifactorial da obesidade infantil, assim como das vias para o seu controlo, embora prefiram as intervenções baseadas na família relativamente às comunitárias (Covic, 2007).

1.4.2. Aspectos metodológicos

Os resultados do estudo da ocorrência conjunta dos determinantes de saúde dependem, em primeiro lugar, dos factores seleccionados, bem como da definição de caso exposto utilizada para cada um deles. Os reflexos dessas escolhas são pouco conhecidos nas prevalências reportadas por alguns trabalhos. A exclusão dos fumadores ocasionais da definição de caso de fumador, por exemplo, levará a uma menor prevalência de fumadores e, conseqüentemente, a uma menor prevalência de ocorrência conjunta deste determinante, para o mesmo nível dos restantes.

A ocorrência conjunta de determinantes de saúde pode ser estudada em diversas etapas e recorrendo a diferentes métodos. Em primeiro lugar, a simples contagem do número de

determinantes de saúde presentes simultaneamente em cada indivíduo permite caracterizar o padrão da distribuição da sua prevalência estratificada segundo categorias de características demográficas e sociais. Esta abordagem é geralmente utilizada nos trabalhos internacionais sobre este tema (Schuit, 2002; Galán, 2005; Drieskens, 2010).

Uma segunda abordagem consiste na comparação dos valores observados da prevalência com que dois ou mais determinantes se encontram presentes simultaneamente numa população, com os valores que seriam esperados para essa prevalência, caso as distribuições dos determinantes fossem independentes, o que permite evidenciar agregados de determinantes, entendidos como grupos em que a associação entre os factores é, potencialmente, mais forte (Schuit, 2002; Galán, 2005).

Em terceiro lugar, a análise das associações entre cada par de determinantes, permite iniciar o desenho de mapas da probabilidade condicional da ocorrência conjunta dos factores (Blaxter, 1990). A extensão desta abordagem ao estudo da associação entre um dos factores em estudo, por um lado, e grupos dos restantes factores, por outro, completa o mapa de probabilidades de ocorrência dos factores em estudo, com aplicações prognósticas evidentes.

Finalmente, a análise do efeito do número de factores presentes conjuntamente sobre outras variáveis caracterizadoras do estado de saúde, ou da utilização de cuidados de saúde, permite obter os dados necessários ao cálculo de medidas de impacte, designadamente os riscos relativos e as *odds ratios*. Estas duas últimas medidas de associação são indispensáveis ao cálculo da principal medida epidemiológica do impacte máximo que poderá potencialmente resultar da eliminação da exposição em questão, assumindo causalidade: o risco atribuível nos expostos e risco atribuível na população. As expressões proporcionais destas duas medidas de impacte, a fracção etiológica (ou

atribuível) do risco nos expostos (FEE ou FAE) e a fracção etiológica (ou atribuível) do risco na população (FEP ou FAP), são igualmente medidas do potencial máximo de prevenção, ou seja os ganhos potenciais, resultantes de intervenções realizadas com a finalidade de diminuir a exposição aos factores de exposição, informação importante para o decisor ao planear e programar intervenções de Saúde Pública orientadas para a efectividade (Briz, 1990; Bull, 2004; WHO, 2009).

A discussão sobre a padronização, ou ajustamento, das prevalências com que os determinantes de saúde ocorrem na população é relevante, mas, ao ser efectuada, essa abordagem de análise resulta em valores artificiais e, portanto, afastados do desiderato de aproximação destas medidas à situação real com que o decisor se irá deparar ao intervir na população. De facto, a finalidade do ajustamento, ou da padronização, é a de eliminar a interferência das dimensões para que se ajusta, ou padroniza, no efeito que o factor de exposição em foco tem sobre a característica de resultado seleccionada. No entanto, ao atingir este objectivo, estas técnicas ocultam a realidade da interferência, caso ocorra, situação que, a ser real, implicaria, também, uma intervenção sobre as mesmas variáveis interferentes, algumas das quais são factores de contexto não modificáveis.

Seleccionados os determinantes de saúde relacionados com comportamentos, o contexto de género (abordado geralmente através da variável sexo) que inclui o padrão complexo de normas, papeis, responsabilidades, liberdades e limitações que definem o masculino e o feminino, constitui-se como um dos principais factores contextuais que deve ser explicitado na abordagem metodológica seguida, preferencialmente através da estratificação das análises.

1.4.3. Caracterização epidemiológica actual

O consumo de tabaco, embora seja, por si só, um dos mais importantes factores de risco para a doença cardiovascular, actua de modo sinérgico com outros factores de risco, como a hipertensão e o colesterol sanguíneo, para aumentar a probabilidade de desenvolvimento de aterosclerose e doença cardiovascular. A interacção entre o tabaco e factores de exposição ambientais, nutricionais, ocupacionais e farmacológicos, entre outros, resulta, também, em múltiplos efeitos adversos, tanto nos adultos, como nas crianças. (US.DHHS.CDC, 1989).

A associação entre o consumo de tabaco e o consumo de álcool com a ocorrência de neoplasias malignas é das mais consistentes e fortes no panorama epidemiológico (Franceschi, 2002). O facto de a medição da exposição ser, de modo geral, válida, e a duração longa dos hábitos de consumo destas duas substâncias, juntam-se à magnitude das associações encontradas em estudos epidemiológicos para sublinhar a importância conjunta destes factores de risco na ocorrência de neoplasias malignas (Franceschi, 2002).

A actividade física e a alimentação adequadas estão associadas a uma menor probabilidade de ocorrência de aterosclerose e de doença cardiovascular e cerebrovascular nas pessoas que nunca fumaram, mas os benefícios são menores, ou inexistentes, nos fumadores (Luedemann, 2002). Os fumadores têm, também, uma maior probabilidade de aderir a um padrão alimentar deletério do que os não fumadores (Fitzgerald, 2006).

O dia da semana marca dois dos **padrões de consumo de álcool** mais mencionados na literatura: o consumo de tipo mediterrânico, ao longo da semana e associado às refeições, e o consumo durante o fim-de-semana, característico dos países do Norte da Europa, associado ao consumo de tabaco.

O efeito de variáveis caracterizadoras da posição social sobre o consumo de álcool é heterogéneo. Um estudo conduzido na cidade do Porto revelou um efeito moderadamente protector do grau de instrução mais elevado naquelas pessoas que declararam consumos de álcool às refeições, e um efeito de risco acrescido naquelas pessoas que declararam consumos ao longo do dia, a qualquer hora (Lopes, 2008).

Desde o estudo de Framingham que a associação entre o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o consumo de tabaco tem sido descrito consistentemente (Dawber, 1959). Como já referido, esta associação, bem como a maior frequência de neoplasias malignas com ela relacionada, é das mais consistentes e fortes no panorama epidemiológico (Bagnardi, 2001; Wallace, 2008).

No caso dos cancros do fígado e do colo do útero, importa ainda confirmar o papel isolado do consumo de álcool, na ausência de outros factores de risco cujo papel na etiologia está bem estabelecido, como por exemplo a infecção pelos vírus da hepatite B e C e pelo papiloma vírus (Wallace, 2008). Já no caso do cancro da mama feminina, parece pouco provável que a sua associação com o consumo de álcool esteja confundida por outros factores conhecidos, nomeadamente menstruais e reprodutivos (Wallace, 2008).

Num estudo de bebedores excessivos, realizado em ambiente de cuidados de saúde primários, nos EUA, 67% dos participantes tinham, pelo menos, mais do que um determinante de saúde relacionado com comportamentos em níveis de risco, 61% eram fumadores, sedentários, ou ambos (Rosal, 2002).

A associação entre **a inactividade física** e outros determinantes é apoiada por evidência abundante de que a adopção de actividade física depende de diversos factores, quer individuais, quer ambientais (Sherwood, 2000; Popkin, 2005). Na população Europeia, em

especial no sul da Europa, o sedentarismo tende a ser mais frequente entre a população idosa, obesa, com menor instrução, divorciada ou viúva e fumadora (Varo, 2003).

Para além da associação entre o padrão de actividade física e variáveis sociais e demográficas, aquele determinante, sendo um comportamento de saúde positivo, tende a estar associado a outros comportamentos positivos de saúde, tais como a alimentação saudável ou não fumar (UK.DoH, 2004).

Por outro lado, a inactividade física é um factor de risco para diversas doenças, entre as quais se encontram algumas, como a obesidade e a diabetes que são, por si, factores de risco para outras doenças, como a doença coronária isquémica (UK.DoH, 2004).

Ao longo da vida, o **comportamento alimentar** está associado a outros determinantes de saúde relacionados com comportamentos, como o sedentarismo, o consumo de tabaco e o consumo de álcool. A hipertensão arterial, as alterações do metabolismo dos lípidos e dos lípidos tendem, também, a estar agregadas a hábitos alimentares ricos em gorduras saturadas e sal e pobres em frutos e vegetais (WHO, 2003; WHO, 2004).

Além do padrão alimentar, vários outros factores relacionados com comportamentos influenciam fortemente o risco de doença crónica. Análises dos dados do “Nurses' Health Study” estimaram que 82% dos eventos cardiovasculares observados nesta coorte poderiam, potencialmente, ter sido evitados através de alterações moderadas da dieta e do estilo de vida (Ma, 2000). Entre os não-fumadores, 74% dos eventos coronários poderiam ter sido evitados através de uma dieta saudável, manutenção de um peso corporal saudável, prática de exercício físico regular de meia hora ou mais diariamente e consumo de uma quantidade moderada de álcool (5 gramas por dia). A relação inversa entre consumo de tabaco e de álcool e a ingestão adequada de nutrientes está, também, descrita neste estudo (Ma, 2000).

O interesse da comunidade científica mundial tem vindo a aumentar em torno da **epidemiologia da distribuição conjunta dos factores de risco**, sendo cada vez mais frequentes os estudos sobre a distribuição conjunta de factores de risco relacionados com comportamentos e estilos de vida. Estes estudos indicam a tendência para a agregação dos determinantes de saúde relacionados com comportamentos em subgrupos demográficos e sociais da população (Hulshof, 1992; Hu, 2000; Ma, 2000; Choinière, 2000; Laaksonen, 2001; Rosal, 2002; Schuit, 2002; Gómez-Gutierrez, 2004; Galan, 2005; Drieskens, 2010).

Utilizando dados do Inquérito Alimentar Nacional Holandês, um estudo transversal realizado numa amostra probabilística de 3781 adultos não institucionalizados (1802 homens e 1979 mulheres) com idades entre os 19 e os 85 anos, Hulshof descreveu a agregação de padrões dietéticos inadequados (consumo elevado de gorduras, colesterol, álcool, e baixa ingestão de fibras alimentares, frutas vegetais) com o consumo de tabaco, alteração intencional do regime dietético, número insuficiente de horas de sono, classe social baixa, idade jovem e sexo masculino, embora não tenha identificado um único padrão para a agregação destes factores de risco (Hulshof, 1999).

Um outro estudo, transversal, realizado numa amostra probabilística de 1465 adultos jovens (18 a 29 anos de idade) residentes em dois bairros da cidade Colombiana de Bogotá, identificou e caracterizou a presença de 2 ou mais factores de risco relacionados com comportamentos (consumo insuficiente de fruta e vegetais, inactividade física em tempo de lazer, consumo de tabaco, e consumo agudo de álcool). Os resultados revelaram que 32,9% dos participantes tinha dois destes factores de risco e que 17,7% tinha 3 ou 4 deles (Gómez-Gutierrez, 2004). O consumo agudo de álcool era o factor mais frequentemente associado aos restantes factores, entre os homens, enquanto a inactividade física em tempo de lazer era o factor mais frequentemente associado aos restantes, nas

mulheres. A presença de 2 ou mais factores de risco era mais frequente nas mulheres divorciadas ou separadas de facto, assim como nos homens que haviam trabalhado nos 30 dias anteriores (Gómez-Gutierrez, 2004).

Num outro estudo, realizado na população de Barcelona, apenas 9% da população (9,5% nos homens e 8,3% nas mulheres) não referiu nenhum dos 4 determinantes de saúde relacionados com comportamentos, enquanto 46% reportou 1 desses factores, sendo a ocorrência de 2, 3 e 4 factores progressivamente decrescente (Galan, 2005).

O interesse sobre esta temática não é, no entanto, recente. Já em 1998, Berenson, ao estudar as artérias de vítimas de acidentes com idade entre os 2 e os 39 anos, havia observado uma relação entre o número de factores de risco e a gravidade das lesões ateroscleróticas na parede das artérias, levando-o a concluir pela necessidade de intervir sobre aqueles determinantes em idades precoces (Berenson, 1998). Na mesma época, outros estudos associaram o número de factores de risco presentes na idade adulta, a menor esperança de vida e maior despesa com saúde no final da vida (Trevisan, 1998; Daviglus, 1998).

Em Portugal, o desconhecimento sobre a ocorrência conjunta dos determinantes de saúde relacionados com comportamentos é grande.

Na revisão da literatura efectuada propositadamente para este trabalho, utilizando bases bibliográficas nacionais e internacionais, assim como motores de pesquisa na rede informática global, apenas foi identificado um trabalho em que o número de factores determinantes de saúde era abordado propositadamente (Natário, 1992). Neste trabalho, a autora observou a ocorrência de pelo menos 1 determinante de saúde em 88% de uma amostra de conveniência dos utilizadores de um centro de saúde na cidade de Lisboa. Esse trabalho estudou, para além dos 4 determinantes de saúde relacionados com

comportamentos agora abordados, outros factores, como sejam o número de horas de sono, o número de refeições, ou o stress psicológico.

Em alguns outros estudos, a propósito da análise de 1 determinante de saúde os autores apresentam, por vezes, a frequência desse factor de interesse estratificada pelas categorias de 1 ou 2 dos restantes determinantes comportamentais de interesse para este trabalho, geralmente o consumo de tabaco e o consumo de álcool, verificando-se então a existência, ou não, de associação (Ribeiro, 2004; Gal, 2005; Camões, 2008).

A presença de alguns dos determinantes relacionados com comportamentos tem, também, sido estudada em relação com a síndrome metabólica, a obesidade e algumas doenças (Santos, 2004; Santos, 2007). Estes estudos revelaram associação entre baixa actividade física, número excessivo de horas de sono e à síndrome metabólica, mas não entre o consumo de tabaco e álcool e aquela síndrome (Bonora, 2003).

Alguns estudos realizados em populações escolares reportaram correlações entre o consumo de tabaco e o consumo de álcool, de acordo com a evidência científica oriunda de outros países (Frazão, 2004a; Frazão, 2004b).

Num estudo exploratório de uma escala de avaliação de estilos de vida, Pais Ribeiro observou uma correlação fraca ($r=0,09$) entre um indicador de actividade física e outro de nutrição adequada (Ribeiro, 2004).

Num outro trabalho que analisou a informação clínica existente em dois hospitais, obtida através da consulta dos processos clínicos de 1935 casos de morte de pessoas com idade entre os 60 e os 70 anos, Antunes utilizou técnicas de análise de componentes principais para estudar as relações entre classe social e saúde, e concluiu pela proximidade dos consumos de tabaco e de álcool, assim como pela sua relação com classes sociais mais desfavorecidas (Antunes, 2010).

1.5. Intervenção sobre conjuntos de determinantes de saúde

Apesar do grande volume de investigação epidemiológica realizada na segunda metade do século XX sobre cada um dos factores de risco classicamente associados a muitas doenças crónicas e degenerativas, grande parte das intervenções preventivas, quer de nível individual quer populacional é, ainda, dirigida a cada um desses factores de forma isolada, ignorando a sua ocorrência conjunta a nível individual e populacional (Kromhout, 2002; Atkins, 2004; Curry, 2004).

O facto de que, com excepção dos factores genéticos, grande parte dos determinantes de doença crónica não transmissível serem, ou estarem, associados a comportamentos e estilos de vida, leva a que, numa perspectiva de intervenção de Saúde Pública, estes factores sejam alvos potenciais muito relevantes. No entanto, o conhecimento descritivo sobre a presença concomitante de múltiplos factores de risco encontra-se subavaliado, ou não se encontra suficientemente caracterizado em diversas populações e países, dificultando a sua utilização no planeamento e intervenção de Saúde Pública (DiFrancesco, 2003; Australian Government, 2005).

Nas últimas décadas, o interesse da comunidade científica pela aplicação do conhecimento sobre a ocorrência conjunta de determinantes, em especial os que estão relacionados com comportamentos, tem aumentado, quer a nível clínico, com o estudo aprofundado da gestão do risco cardiovascular global e da síndrome metabólica, quer a nível da medicina preventiva e da Saúde Pública, com o aperfeiçoamento do estudo epidemiológico da aglomeração dos principais factores de risco para doenças crónicas e degenerativas em diversas populações, e do estudo sobre a efectividade das intervenções sobre múltiplos

factores, à semelhança de estudos epidemiológicos nas décadas de 50 e 60 do século passado (Yusuf, 1994; WHO, 1994; Whitlock, 2002; Wood, 1998; WHO, 2008; WHO, 2009a).

Em Portugal, a investigação acerca dos determinantes destas doenças limita-se, ainda em grande parte, à descrição epidemiológica de factores de risco clássicos, já identificados noutras populações como, por exemplo, o consumo de tabaco, a hipertensão arterial, o sedentarismo, ou ao estudo da importância clínica destes factores em amostras não intencionais nem representativas.

Apesar do interesse manifestado pelas estruturas do Ministério da Saúde, por exemplo, através da circular normativa da DGS sobre o “risco Cardiovascular global”, o conhecimento de base nesta matéria é, maioritariamente, oriundo de estudos noutras populações (Portugal.MS.DGS, 2007). O recente ênfase colocado pelo Ministério da Saúde de Portugal no combate à exposição passiva ao fumo do tabaco e na promoção da cessação tabágica levou, também, ao maior envolvimento dos diversos serviços que funcionam no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários na intervenção sobre este determinante em especial.

Actualmente, espera-se que a investigação sobre os factores causais de um qualquer problema de saúde resulte em informação que permita fundamentar intervenções planeadas, dirigidas à eliminação, ou o controlo, daquele problema. Embora essa aplicação esteja, ainda, em fase inicial, a investigação internacional sobre os determinantes de saúde continua de forma intensa e produtiva, embora o quadro conceptual ideal ainda não tenha sido atingido (Evans, 2003).

Em Portugal, estes dois aspectos coincidem, pois, se por um lado a literatura internacional não proporciona, ainda, um modelo conceptual universal, por outro, o conhecimento

específico que permita fundamentar intervenções de Saúde Pública tendo a população portuguesa como alvo não parece ser, ainda, satisfatório.

1.5.1. Estratégias de intervenção

À medida que aumenta, e se amplia, o conhecimento sobre os determinantes das doenças crónicas e degenerativas não transmissíveis, torna-se actual a previsão de Epstein e Holland, nos anos 80, de uma maior integração dos programas de intervenção comunitária para a prevenção das doenças cardiovasculares, com programas de intervenção dirigidos a outras doenças crónicas e degenerativas (Epstein, 1983).

Por outro lado, apenas no final do século XX os factores contextuais, designadamente o género, os determinantes sociais e os determinantes ambientais, foram integrados de forma coerente na investigação sobre as estratégias de intervenção mais efectivas (Marmot, 2005a; Marmot, 2005b).

Diversas intervenções populacionais e comunitárias já implementadas, abordaram mais do que um factor de risco conjuntamente, embora com resultados e impactes diferentes. São exemplos deste tipo de intervenção o projecto “Multiple Risk Factor Intervention Trial” (MRFIT), o programa CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention) patrocinado pela OMS e as intervenções realizadas na região Finlandesa da Karelia do Norte, entre outras, (Stamler, 1986; WHO, 1996; Campbel, 2000;).

Geralmente, estas intervenções abordaram não apenas os factores de risco relacionados com características comportamentais, mas, também, outros factores intermédios, como a colesterolémia ou a hipertensão arterial (Stamler, 1986).

O conhecimento sobre as características associadas à ocorrência da doença cardiovascular permitiu fundamentar estas intervenções, que podem ser classificadas em dois tipos principais: a intervenção clínica, individual, e a intervenção de Saúde Pública, populacional.

A primeira, a **intervenção individual**, clínica, com identificação de exposições de risco aumentado, marcadores de doença e marcadores de prognóstico, permite monitorizar e controlar a doença com base em evidência quantitativa, epidemiológica, fundamento da denominada “medicina baseada na evidência”, e, mais recentemente, da “gestão da doença”. A segunda, a **intervenção populacional**, de Saúde Pública, baseia-se na identificação, caracterização e monitorização de indicadores epidemiológicos de frequência, tanto de exposições de risco, como de resultados de saúde, e serve de base à denominada, por analogia, “Saúde Pública baseada na evidência”, a qual inclui os processos de “administração em saúde”, “prevenção da doença”, “promoção da saúde” e, mais recentemente, a “gestão da doença” ao nível populacional (Wallace, 2008).

A identificação, a escolha e a definição das prioridades e dos objectivos a atingir na administração de saúde da comunidade, quer seja no âmbito de programas de prevenção da doença, de programas de promoção da saúde, ou no planeamento de serviços de saúde, são etapas do planeamento em saúde que têm, assim, à sua disposição um importante conjunto de métodos epidemiológicos. Estes apoiam-se, em grande parte, na quantificação probabilística dos riscos, absolutos, relativos e atribuíveis, de doença, associados a factores de exposição, os quais estão, já hoje em dia, suficientemente bem estudados para um número apreciável de problemas de saúde e doenças (Briz, 1990; Bull, 2004; WHO, 2008; WHO, 2009a).

A **abordagem populacional** toma como alvo toda a comunidade e visa desviar, de modo favorável, a distribuição dos factores de risco em toda a população, de modo a conseguir reduções apreciáveis na incidência da doença (Rose, 1995). As estratégias que seguem esta abordagem actuam para a criação de ambientes favoráveis, através de mudanças políticas, ou do aumento da consciência, motivação e capacidades das pessoas, com o objectivo de alterar atitudes e comportamentos. A educação para a saúde, a promoção da saúde, e, mais recentemente, a capacitação, são algumas destas abordagens, embora se situem em planos diferentes.

As principais estratégias de intervenção populacional incluem:

- 1) A promoção da importância das doenças crónicas como uma prioridade de Saúde Pública, o que requer um compromisso nacional para a prevenção e o controlo das doenças crónicas, conseguido através de actividades de advocacia, de consciencialização e de mobilização, dirigidas aos dirigentes e políticos, à população em geral e aos profissionais de saúde;
- 2) A redução do consumo de tabaco, dada a elevada fracção etiológica deste factor na incidência daquelas doenças, pode ser conseguida quer através do aumento do preço de venda resultante do aumento dos impostos, quer através de medidas abrangentes de proibição da publicidade ao tabaco e de fumo em locais públicos, tal como apoiado pela OMS;
- 3) As intervenções legislativas que promovem a alteração da dieta alimentar, em especial a limitação da ingestão de gorduras e o aumento da ingestão de frutos e vegetais, assim como a promoção da actividade física, que têm revelado um efeito substancial na redução do risco cardiovascular. Também as intervenções de educação populacional e as medidas de modificação ambiental, como a criação de espaços propícios à actividade física, ou a

disponibilização de alimentos saudáveis, têm obtido efeitos, em especial a nível nacional, como demonstrado na Finlândia com a extensão do projecto da Karélia do Norte a todo o país (Puska, 2002). A abordagem populacional tem, pois, como lógica subjacente, deslocar para níveis mais seguros a exposição aos factores determinantes (Rose, 1995).

A abordagem individual visa detectar os indivíduos com o maior risco absoluto, ou seja, a probabilidade mais elevada de vir a sofrer da doença em questão e toma-os como alvo para intervenções de redução de risco (Rose, 1995). Por exemplo, um grande número de tratamentos farmacológicos, muitos já disponíveis na sua forma genérica, mais acessível, assim como tratamentos não farmacológicos, têm demonstrado ser altamente eficazes na redução do risco cardiovascular, através da alteração dos níveis dos factores de risco clássicos (pressão arterial, colesterolémia, glicemia) ou através de outros mecanismos (toma de ácido acetil-salicílico para a alteração do perfil de agregação plaquetária, ingestão de ácidos gordos ómega 3, etc.).

As dietas saudáveis, como a mediterrânica, tal como o aumento da actividade física regular demonstraram ser eficazes na redução do risco cardiovascular de forma significativa. O enfoque da estratégia de abordagem preventiva individual baseia-se na inclusão da avaliação do risco global de desenvolver a doença em questão, e não apenas na presença de um, ou mais, factores de risco. Por exemplo, a selecção de uma pessoa para o controlo da sua pressão arterial deve, de acordo com esta abordagem, ser efectuada, também, quando da presença de outros factores de risco ou de doença vascular pré-existente e não apenas quando do seu diagnóstico como hipertenso.

Para a maior parte dos autores, o controlo da epidemia de doença crónica requer ambas as abordagens. A individual afigura-se custo-efectiva para diminuir a carga da doença no curto prazo e beneficia, directa e proporcionalmente, o indivíduo, enquanto que a

abordagem populacional produz benefícios globais e sustentáveis mas a longo prazo (Rose, 1995).

O nível de risco absoluto em que a abordagem individual deve ser iniciada depende da disponibilidade de recursos locais. Do mesmo modo, a abordagem populacional implica intervenções políticas e intervenções educacionais desenhadas especificamente de acordo com as necessidades, capacidade e recursos da comunidade (Rose, 1995).

Ambas estas abordagens preventivas necessitam de reformas dos sistemas de saúde, que permitam a integração das diversas actividades de prevenção de modo adequado ao contexto, ao curso de vida, e sensível aos recursos disponíveis, particularmente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (Haflon, 2002).

1.5.2. Decisão baseada no conhecimento da exposição a múltiplos determinantes

As abordagens preventivas atrás descritas não têm considerado, de forma consistente e integrada, a coincidência, na mesma pessoa, ou no mesmo grupo populacional, de mais do que um factor de exposição, nem o seu efeito conjunto sobre o problema de saúde visado pela intervenção, algo que a perspectiva de Saúde Pública, holística, preconiza e pratica em grande medida desde sempre.

Existe, no entanto, evidência crescente de que as actividades de prevenção primária, mesmo sobre alguns destes factores, podem resultar num aumento do número de anos vividos sem doença e sem incapacidade, com economias importantes na despesa com a saúde (Fries, 1993; Fries, 2005; Sullivan, 2007; Eriksson, 2010).

Para o decisor, administrador de saúde da comunidade ou clínico, a evidência científica sobre causalidade, elemento essencial ao planeamento em saúde, tem sido fornecida acerca da exposição a cada um dos factores causais dos problemas de saúde e das doenças sobre as quais se pretende intervir, e não acerca de grupos de exposições que, como se já se referiu, são muitas vezes comuns a diversas doenças.

O conceito de "risco atribuível na população" é, como mencionado, um dos principais instrumentos de definição de prioridades que deve agora ser alargado à multiexposição e a múltiplos factores determinantes de saúde, quer com o objectivo de diminuir os seus níveis de risco, quer para aumentar os seus níveis protectores. Por consequência, também as respectivas interacções devem ser reconhecidas, evidenciadas e tidas em conta, por estratificação ou ajustamento, o que obriga a investigação ainda subvalorizada.

De facto, para cada determinante evitável, isolado, o acréscimo de risco pode ser conhecido através de resultados de estudos publicados, no desenho ou análise dos quais foram eliminados os efeitos dos restantes factores de exposição, incluindo os interferentes. A quantificação da proporção de indivíduos expostos na população alvo permite, em seguida, estimar o potencial máximo de prevenção, através do cálculo do risco atribuível na população (Kleinbaum, 1982).

Já quando a abordagem privilegia a exposição a dois ou mais determinantes, que na realidade ocorrem conjuntamente, o conhecimento acerca da sua interacção estatística apenas é relevante em estudos de associação, pois, na realidade, a sua presença conjunta não será "ajustável", na realidade, quando de uma intervenção. Já a estratificação do cálculo da medida de associação pode ter aplicação na definição de populações-alvo da intervenção. A transposição destas medidas para o cálculo das medidas de impacto mantém essa definição da população-alvo, direccionando a intervenção.

1.5.3. Fundamentos da intervenção programada em Portugal

Em Portugal, a frequência das principais doenças crónicas e degenerativas tem aumentado desde o final do século passado, embora de modo desfasado relativamente aos países mais desenvolvidos, atingindo actualmente fracções crescentes da população, situação que, de acordo com as projecções, irá manter-se (Branco, 2005; Mathers, C., 2005; Portugal.MS.DGS, 2007; Portugal.INE, 2010; WHO, 2011).

O conhecimento nacional acerca desta situação baseia-se, principalmente, em indicadores de mortalidade, embora para algumas doenças crónicas, a rede Médicos Sentinela, e alguns estudos pontuais, tenham fornecido dados de incidência, de forma descontínua.

Os INS, realizados desde 1987, revelam um aumento na prevalência auto-declarada de hipertensão, diabetes e asma (Portugal.MS.DEPS, 1988; Portugal.MS.DGS, 1997; Portugal.MS.INSa, 2000; Portugal.MS.INSa, 2008). O INS realizado em 2005/2006 incluiu, pela primeira vez, uma área de inquirição mais extensa sobre a doença crónica, pelo que eventuais tendências apenas poderão começar a ser estudadas com a comparação de mais um ou dois inquéritos.

A prevalência correcta e o estudo da tendência evolutiva, resultante de informação baseada em observação clínica, apenas está disponível em estudos de amostras representativas da população, para algumas das doenças crónicas mais frequentes, como é o caso da diabetes, hipertensão arterial e obesidade, sendo desconhecida na maior parte das restantes (Pereira Miguel, 1983; Espiga de Macedo, 2007).

Também o conhecimento acerca da frequência e distribuição dos principais factores de risco para estas doenças na população geral é escasso e relativamente recente, provindo essencialmente de dados gerados pelos INS.

De facto, os primeiros indicadores da prevalência de consumo de tabaco, sedentarismo, alimentação deletéria e obesidade datam do final da década de 1980, altura em que foi realizado o primeiro daqueles Inquéritos. Até ao presente é ainda desconhecida, por exemplo, a epidemiologia da actividade física na população portuguesa, apesar de alguns estudos nos grupos etários mais jovens.

Os padrões alimentares nacionais têm como referência poucos estudos, realizados de forma irregular e sem instrumentos que permitam comparação ao longo do tempo (recorde-se que o último Inquérito Alimentar Nacional se realizou em 1991). A própria prevalência e distribuição do excesso de peso e de obesidade apenas foi conhecida com rigor em 2000 com o estudo de Isabel do Carmo e colaboradores (do Carmo, 2006).

Este desconhecimento acerca da epidemiologia das principais doenças crónicas e seus factores de risco na população portuguesa reflecte-se, naturalmente, na intervenção em Saúde Pública, como ilustrado pela leitura do Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde relacionados com Estilos de Vida que refere, apenas, a integração das intervenções de Saúde Pública sobre determinantes de saúde relacionados com comportamentos, sem mencionar a necessidade de abordar a ocorrência conjunta desses determinantes (Portugal.MS.DGS, 2003b). Também a circular normativa emitida pela DGS (Circular Normativa 06/DSPCS, de 2007), ao preconizar o cálculo do risco global para a intervenção cardiovascular, utiliza uma abordagem biomédica e não de Saúde Pública, como se impunha, contemplando, apenas um dos determinantes

comportamentais, o tabagismo, sendo os restantes factores mencionados de natureza demográfica, clínica e laboratorial (Portugal.MS.DGS, 2007).

As intervenções populacionais dirigidas aos quatro principais determinantes de saúde apenas agora começam a ser traduzidas em intervenções de Saúde Pública em Portugal, sobretudo através de programas dirigidos ao combate ao consumo de tabaco. Por exemplo, a promoção de uma alimentação saudável e de actividade física regular são efectuadas no âmbito do programa de controlo da obesidade, enquanto o combate ao consumo de álcool não tem, por agora, programa específico implementado.

O conhecimento acerca da ocorrência conjunta e da aglomeração de factores de risco e determinantes de saúde na população portuguesa é ainda mais escasso, como referido. A sua ocorrência conjunta, em multi-exposição, pode predizer acréscimos de risco e propiciar a oportunidade de ganhos de saúde e económicos se for considerada no planeamento de intervenções populacionais e de Saúde Pública.

Assim, com o presente trabalho, pretende-se caracterizar a ocorrência conjunta e a aglomeração dos principais determinantes de saúde relacionados com comportamentos, em níveis de risco, que se sabe estarão mais fortemente associados à ocorrência das principais doenças crónicas e degenerativas, e estudar a sua relação com indicadores do estado de saúde e de utilização de cuidados de saúde, como base em informação disponível de uma amostra representativa da população portuguesa.

2. Finalidade e Objectivos

Dada a pertinência do estudo do modo como os determinantes de saúde relacionados com comportamentos ocorrem conjuntamente e se agregam, quer na população portuguesa, quer em subgrupos dessa população definidos por características demográficas e sociais, é de esperar que o conhecimento gerado por este trabalho seja útil em Saúde Pública.

Em particular, esse conhecimento terá um potencial de promoção da pertinência e da efectividade da administração de saúde da comunidade, mais concretamente, do planeamento e da avaliação de planos, estratégias e programas de intervenção, com o consequente poupança em sofrimento social e económico.

É assumido que o presente contributo pode ser condicionado pelas vantagens e inconvenientes decorrentes da natureza auto-relatada da informação em que se baseia.

2.1. Finalidade

Este trabalho tem como finalidade contribuir para o melhor conhecimento da epidemiologia de alguns dos principais factores determinantes de saúde na população portuguesa, designadamente os que estão relacionados com comportamentos. O esclarecimento da distribuição conjunta destes factores, e da sua associação com indicadores do estado de saúde e da utilização de cuidados de saúde, pode fundamentar abordagens mais efectivas na administração de saúde em Portugal, em particular na área das doenças crónicas, com previsíveis ganhos em diversos planos.

2.2. Objectivos principais

- 2.1.1. Caracterizar a **distribuição de frequências dos principais determinantes** de saúde relacionados com comportamentos na população residente em Portugal e em alguns dos seus subgrupos demográficos e sociais, especificamente: o consumo de tabaco; o consumo, de risco, de álcool; a alimentação não saudável; e a actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde;
- 2.1.2. Quantificar e caracterizar a **ocorrência conjunta daqueles determinantes** na população portuguesa e alguns dos subgrupos demográficos e sociais;
- 2.1.3. Quantificar e caracterizar as **associações entre os determinantes de saúde em estudo e alguns indicadores de estado de saúde e de utilização de cuidados de saúde**, designadamente a incapacidade de curta duração e a utilização de cuidados de saúde.
- 2.1.4. Explorar alguns **cenários de previsão dos ganhos em saúde** da população (impacte) resultantes de intervenções baseadas nos resultados obtidos.

2.3. Objectivos secundários

- 2.1.5. Caracterizar a distribuição de **frequências da ocorrência conjunta das principais doenças** que são, por sua vez, factores de risco para a doença crónica, na população residente em Portugal e em subgrupos demográficos e sociais dessa população, designadamente a hipertensão arterial, a obesidade, a diabetes, a hipercolesterolemia e o sofrimento psicológico;
- 2.1.6. Identificar o **potencial de interesse do Inquérito Nacional de Saúde** para os decisores em Saúde Pública, a partir dos resultados obtidos.

3. Material e métodos

3.1. Tipo e delineamento geral do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, descritivo, transversal, retrospectivo, com uma componente analítica e comparações internas, concretizado através da análise da base oficial de dados individuais, obtida pelo quarto INS realizado à população residente em Portugal nos anos 2005 e 2006, (INS 2005/2006) (Portugal.MS.INS.A, 2004; Portugal.MS.INS.A.INE, 2008).

3.2. Fonte dos dados

Este trabalho utiliza como material para a análise a base de dados oficial, que resultou do INS 2005/2006. Este é um inquérito geral de saúde, com recolha de dados através da aplicação de um questionário estruturado, por entrevista directa, da responsabilidade do Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Nessa sua quarta edição, o Inquérito Nacional de Saúde foi realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística, entidade responsável pela amostragem e metodologia estatística utilizada (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008).

A base de dados individuais, também designados por “micro-dados”, que resultou desse inquérito, será, daqui em diante, designada por “base de dados”, e é disponibilizada, por aquelas instituições, para fins de investigação.

A metodologia utilizada no INS 2005/2006, incluindo o questionário original, a selecção da amostra e o cálculo dos ponderadores amostrais, está descrita na publicação “Dados Gerais”, elaborada conjuntamente pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e pelo Instituto Nacional de Estatística (Portugal.MS.INS/INE, 2008).

O Anexo 1 caracteriza o INS, em particular o Inquérito realizado em 2005/2006.

3.3. População-alvo, população em estudo e amostra estudada

A **população-alvo** deste trabalho é a população com idade igual ou superior a 15 anos, residente em alojamentos familiares em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, excluindo a população residente em alojamentos colectivos.

A **população em estudo** é o subgrupo da população alvo que em 2005/2006 pertencia a famílias residentes em unidades de alojamento como tal listadas pelo Instituto Nacional de Estatística (Portugal.MS.INS/INE, 2008).

A **amostra em estudo** resultou da selecção aleatória e probabilística das unidades de alojamento familiar mencionadas, que foi estudada pelo INS 2005/2006 conforme referido. A descrição da metodologia de selecção da amostra encontra-se publicada (Portugal.MS.INS/INE, 2008).

Para este trabalho, a análise foi restringida aos dados recolhidos durante o segundo trimestre do Inquérito, isto é durante os meses de Maio, Junho, Julho e primeira semana de Agosto de 2005, ou seja, nas semanas 14 a 26 do trabalho de campo (Portugal.MS.INS/INE, 2008). Estas são as semanas em que foram recolhidos, concomitantemente, para cada pessoa residente nas unidades de alojamento familiar

seleccionadas, os dados obtidos em resposta às perguntas do questionário que operacionalizam todas as variáveis de interesse para os objectivos deste trabalho. Concretamente, foi apenas naquele trimestre que foi aplicado o questionário International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), instrumento escolhido para caracterizar a actividade física de cada inquirido, um dos factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos incluído no quadro de referência deste trabalho.

De acordo com a metodologia utilizada no INS 2005/2006, a amostra escolhida foi distribuída homogeneamente pelos quatro trimestres do trabalho de campo, de modo a permitir estimativas populacionais representativas em cada um desses trimestres (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008).

Os dados foram, ainda, alvo de uma segunda restrição, utilizando-se, apenas, os dados relativos a pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, idade a partir da qual todos os instrumentos e métodos de inquirição são aplicáveis de acordo com recomendações de organismos internacionais (WHO, 1996; WHO, 2003a).

Em resumo, os dados analisados neste trabalho referem-se a uma amostra representativa de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em unidades de alojamento familiares localizadas em Portugal, nos meses de Maio, Junho, Julho e primeira semana de Agosto de 2005.

3.4. Variáveis em estudo

Os textos “Manual do entrevistador”, “Dados Gerais” e “Relatório final do INS 2005/2006”, contêm informação mais detalhada, em parte referida neste trabalho, quanto

às definições, conceptual e operacional, das variáveis em estudo (Portugal.MS.INSa, 2004; Portugal.MS.INSa.INE, 2008; Portugal.MS.INSa, 2009).

Para corresponder aos objectivos estabelecidos foram estudadas variáveis caracterizadoras das seguintes dimensões:

- 1) Enquadramento demográfico e social;
- 2) Factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos;
- 3) Doenças que constituem factores de risco para outras doenças;
- 4) Alteração aguda ao estado de saúde, nas duas semanas anteriores à entrevista, de que resultou incapacidade temporária;
- 5) Utilização de cuidados de saúde nos 3 meses anteriores à entrevista.

3.4.1. Definição conceptual das variáveis.

3.4.1.1. Variáveis do enquadramento demográfico e social

Conceptualmente, as variáveis escolhidas para o enquadramento demográfico e social visavam conhecer as principais características da população com idade igual ou superior a 15 anos, sobre as quais se distribuíram os determinantes de saúde cuja aglomeração se pretendia estudar. As variáveis demográficas e sociais utilizadas foram as seguintes: sexo, idade, estado civil de facto, grau de instrução máximo obtido, ocupação, profissão principal e situação perante essa profissão.

As prevalências, expressas em percentagem da população, de cada um dos quatro determinantes de saúde alvo deste trabalho, assim como as prevalências da sua ocorrência conjunta, são apresentadas de forma estratificada pelas categorias destas seis variáveis demográficas e sociais.

3.4.1.2. Variáveis caracterizadoras dos determinantes de saúde relacionados com comportamentos, em níveis de risco.

Foram utilizadas diversas variáveis que permitiram caracterizar e estudar os quatro factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos, tomados nas suas expressões de risco:

- 1) Consumo actual, diário ou ocasional, de tabaco;
- 2) Consumo perigoso de bebidas alcoólicas;
- 3) Alimentação não saudável;
- 4) Actividade física insuficiente para originar benefícios de saúde.

Estes 4 determinantes foram estudados nos seus níveis de risco para a saúde através de outras tantas variáveis, todas elas construídas propositadamente para este trabalho, a partir de um conjunto mais alargado de variáveis de caracterização de cada determinante em questão.

Estudou-se o **consumo de tabaco**, a partir da definição e classificação como “fumadoras” das pessoas que declararam fumar, todos os dias ou ocasionalmente, à data da entrevista,

independentemente do tipo de produto de tabaco consumido, da sua frequência, diária ou ocasional, ou do seu volume, como, por exemplo, do número de cigarros, à semelhança do que é efectuado noutros estudos (Canadá, 2009; Kaiser, 2008; Norway, 2010; WHO, 1996; WHO, 2003a). Não se incluíram no grupo dos fumadores as pessoas que declararam estar expostas ao fumo passivo do tabaco.

O **consumo de bebidas alcoólicas** foi estudado utilizando o conceito de “consumo perigoso de bebidas alcoólicas” introduzido e preconizado pela OMS e pelo Governo dos EUA, através do CDC (Babor, 2001; US.DHHS.CDC, 2010a).

O consumo perigoso (*hazardous*) é definido pela OMS como um padrão de consumo que pode vir a implicar dano físico ou mental se persistir (Babor, 2001). Nos EUA, o conceito de “consumo perigoso de álcool” tem como base as Recomendações Alimentares para os Norte Americanos, documento emitido conjuntamente pelos Departamentos de Saúde e de Agricultura (US.DA:US.DHHS.CDC, 2005; US.DA.US.DHHS.CDC, 2010; US.DHHS.CDC, 2010a).

Em Portugal, embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes conteúdos em álcool etílico, os copos habitualmente mais usados para o consumo das diferentes bebidas têm uma quantidade idêntica de álcool, o que corresponde a uma unidade de bebida padrão com cerca de 10 a 12 g de álcool puro (Portugal.MS.IDT, 2009). A quantidade de álcool puro é, assim, idêntica por copo padronizado de vinho (a 12°), cerveja (a 5°) e bebidas destiladas (a 40°), facto que permite utilizar o número de unidades de bebidas ingeridas para obter uma estimativa do número de gramas de álcool puro ingerido no período de referência (Portugal.MS.IDT, 2009).

Assim, considerou-se neste trabalho a existência de consumo de bebidas alcoólicas perigoso para a saúde quando foi declarado o consumo, em média por dia, na semana

anterior à entrevista, de três, ou mais, bebidas alcoólicas, no caso do sexo masculino e de duas, ou mais, bebidas alcoólicas, no caso do sexo feminino (US.DA:US.DHHS.CDC, 2005; Portugal, 2008; US.DA:US.DHHS.CDC, 2010; US.DHHS.CDC, 2010a; Babor, 2011).

A quantificação do número de bebidas alcoólicas consumidas, em média por dia, por cada pessoa foi efectuada utilizando as variáveis incluídas na área nº12 do questionário do INS 2005/2006, designadamente o número de copos de cada um dos tipos de bebida alcoólica estudados (vinho, cerveja, licores, whisky e gin, aguardentes e vodka) que foram consumidos, em média por dia, nos sete dias anteriores à entrevista (Portugal.MS.INS.A, 2004; Portugal.MS.INS.A.INE, 2008).

O estudo da **actividade física** utilizou os dados obtidos em respostas às perguntas que constituem o instrumento de medição da actividade física denominado IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), o qual foi aplicado pela primeira vez nos INS, em Portugal, em 2005/2006 (Craig, 2003; Portugal.MS.INS.A, 2004; Portugal.MS.INS.A.INE, 2008).

A actividade física é, reconhecidamente, um dos determinantes relacionados com comportamentos que tem revelado maior potencial de saúde a diversos níveis, e que tem merecido mais atenção por parte dos organismos internacionais, pelo que a sua realização em todas as idades não merece contestação apreciável (Portugal.MS.DGS, 2007; WHO, 2007; WHO, 2010).

Este determinante foi caracterizado quanto à **actividade física insuficiente para gerar benefícios para a saúde**, adaptando duas recomendações para actividade física desejável, emitidas pelo CDC e pela DGS de Portugal (US.DHHS.CDC, 2008; Portugal.MS.DGS, 2007).

A recomendação do CDC para actividade física em nível suficiente para gerar benefícios para a saúde indica a necessidade de realização de um número total de minutos de actividade física vigorosa superior a 75 minutos, nos sete dias anteriores à entrevista, ou de um número total de minutos de actividade física moderada superior a 150 minutos, no mesmo período de referência, ambos efectuados em períodos mínimos de 10 minutos consecutivos. Esta recomendação inclui, também, a realização de actividade física que permita fortalecer os músculos em, pelo menos, três dias por semana, informação esta indisponível através da base de dados utilizada neste trabalho, razão pela qual não foi utilizada na definição de caso.

Em Portugal, a DGS preconiza, também, a realização de actividade física em, pelo menos, 30 minutos diários, durante a semana, o que equivale, em termos gerais, ao tempo total preconizado pelo CDC, sem fazer, no entanto, distinção entre os tipos de actividade física ou a sua continuidade, nem a exercícios de carga e fortalecimento muscular (Portugal.MS.DGS, 2007).

A definição de **hábitos alimentares não saudáveis** teve como base as recomendações da OMS para uma alimentação saudável, em que se preconiza o consumo diário de frutos, legumes e vegetais, bem como se desaconselha o consumo de gorduras saturadas, em especial gorduras de origem animal (WHO, 2003; WHO, 2004).

O consumo diário de alimentos vegetais é, actualmente, considerado essencial, dado o seu teor elevado em três tipos principais de nutrientes protectores: fibras vegetais, antioxidantes e vitaminas (WHO, 2004; US.DA:US.DHHS, 2010).

Embora as recomendações difiram de acordo com as fontes, a ingestão de três a cinco, ou mais porções de fruta, legumes ou vegetais por dia é considerada protectora em relação a

diversas doenças, designadamente as cardiovasculares e neoplásicas (WHO, 2004; US.DHHS.CDC, 2010).

Por outro lado, o consumo de gorduras alimentares saturadas, em especial gorduras de origem animal, é um reconhecido factor de risco para as doenças cardiovasculares e neoplásicas, entre outras (WHO, 2004; US.DHHS, 2010).

As pessoas que, no INS 2005/2006, referiram não ter consumido alimentos vegetais, designadamente frutos, legumes ou vegetais, no dia anterior à entrevista e que, simultaneamente, referiram a utilização preferencial das gorduras animais, banha, margarina ou manteiga, como as mais frequentemente utilizadas na preparação de alimentos cozinhados, foram classificadas para a análise deste estudo como tendo “hábitos alimentares não saudáveis”.

3.4.1.3. Variáveis caracterizadoras do impacte potencial dos determinantes.

O **impacte potencial** que os 4 determinantes de saúde relacionados com comportamentos, abordados neste trabalho nos seus níveis de risco, quer isoladamente, quer quando ocorrem em conjunto, podem ter na saúde da população foi estudado através de dois itens de resultado:

- 1) Alteração aguda do estado de saúde;
- 2) Utilização de cuidados de saúde.

A **alteração aguda do estado de saúde** foi estudada a partir do item “incapacidade de curta duração”, situação aproximada através do conhecimento do número de dias de incapacidade aguda reportada para cada pessoa residente nas unidades de alojamento estudadas, em relação às duas semanas anteriores à entrevista; isto é: o número de dias em que cada uma dessas pessoas teria deixado de realizar as tarefas que habitualmente realizava, por motivos de saúde (Portugal.MS.INSa, 2004).

A **utilização de cuidados de saúde** foi caracterizada através do número de consultas médicas, independentemente da especialidade ou do local da consulta, reportado para cada pessoa residente nas unidades de alojamento estudadas, referido aos três meses anteriores à entrevista (Portugal.MS.INSa, 2004).

3.4.1.4. Doenças que são elas próprias determinantes.

Foram consideradas neste trabalho as seguintes doenças, ou problemas de saúde que são, por si, factores determinantes para a ocorrência de outras doenças:

- 1) Hipertensão arterial;
- 2) Diabetes Mellitus;
- 3) Obesidade;
- 4) Hipercolesterolemia;
- 5) Sofrimento psicológico.

O estudo da frequência com que estas doenças ocorriam na população visou tomar a sua presença em consideração, através de modelos estatísticos ajustados, na fase de análise multivariada sobre o efeito que os 4 determinantes em estudo, e as suas combinações, tinham sobre a incapacidade de curta duração e a utilização de cuidados de saúde.

A classificação da população quanto à presença de **hipertensão arterial** e quanto à presença de **diabetes mellitus** foi efectuada utilizando os dados obtidos através dos valores das respostas fornecidas pelo próprio a perguntas qualitativas, dicotómicas, sobre o padecimento de cada uma daquelas doenças (Portugal.MS.INSa, 2004; Portugal.MS.INSa.INE, 2008). Foram incluídos neste trabalho apenas os casos em que aquele conhecimento tivesse derivado de um diagnóstico comunicado por um médico, ou por um enfermeiro, portanto teoricamente mais válido, informação essa obtida através de uma segunda pergunta relativa especificamente a cada doença incluída no questionário (Alberti, 1998; Portugal.MS.INSa, 2004; Portugal.MS.INSa.INE, 2008).

A classificação da população **obesa ou com excesso de peso** foi efectuada através do cálculo do Índice de Massa Corporal, obtido através da fórmula de Quetelet (razão entre o valor do peso, expresso em quilogramas, e o quadrado do valor da altura, expressa em metros) (Last, 1995). Para esse cálculo utilizaram-se os valores, reportados durante a entrevista, do peso, em quilogramas, e da altura, em centímetros (Portugal.MS.INSa, 2004; Portugal.MS.INSa.INE, 2008).

A classificação da população como sofrendo de **hiper-colesterolémia** foi feita através dos dados obtidos em resposta a uma de duas questões gerais: 1) diagnóstico médico de hiper-colesterolémia, ou 2) referência à utilização de medicamentos hipo-colesterolémicos receitados pelo médico (Portugal.MS.INSa, 2004; Portugal.MS.INSa.INE, 2008). Refira-se que o questionário do INS não contempla questões mais específicas que permitam

diferenciar os diferentes tipos de dislipidémia em que a hipercolesterolémia seja característica.

A classificação da população em **sofrimento psicológico** foi efectuada através dos resultados da aplicação da escala Mental Health Inventory com 5 itens – MHI-5 (WHO, 2003). Considerou-se em provável sofrimento psicológico a população com uma pontuação desta escala igual ou inferior a 52 pontos, de acordo com as recomendações Europeias (European Commission, 2004).

3.4.2. Definição operacional das variáveis.

Para a definição operacional das variáveis, são referidos os nomes das variáveis originais, respectivos códigos e valores, tal como surgem na base de dados original do INS 2005/2006. No caso de variáveis novas, compostas, construídas para a análise de dados deste trabalho, são indicados os nomes, códigos e valores das variáveis originais, tal como surgem na base de dados daquele inquérito, assim como os nomes, códigos e valores da nova variável (Portugal.MS.INSa, 2004; Portugal.MS.INSa/INE, 2008). O Apêndice 1 contém a descrição operacional detalhada das variáveis analisadas.

3.4.2.1. Enquadramento demográfico e social

A variável “**sexo**” refere-se ao sexo fenotípico, masculino ou feminino, observado pelo entrevistador. Esta variável qualitativa, nominal, foi utilizada na sua forma original, não

recodificada, binária, cujas categorias correspondem aos dois sexos (masculino, com o código numérico 1 e feminino, com o código 2).

A variável “**idade**” contabilizou o número de anos completados desde a data de nascimento até à data da entrevista. Na sua forma original (variável Q131_COD na base de dados original), esta variável apenas é disponibilizada com os valores agrupados e ordenados em 19 categorias, codificadas de 1 a 19, que correspondem a outros tantos escalões etários quinquenais, com exceção dos dois primeiros (idade igual a 0 anos, isto é, idade inferior a um ano completo, e idade entre 1 e 4 anos, inclusive) e do último escalão etário (idade maior ou igual a 85 anos, inclusive).

Para este trabalho, na descrição de cada um dos quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos, a variável original (Q131_COD) foi recodificada numa outra variável (IdadeG5) com cinco categorias, ordenadas de acordo com o proposto pela lista de indicadores do European Community Health Indicators e European Community Health Indicators Monitoring (European Commission, 2009). As categorias de idade consideradas nessa fase, codificadas com os valores entre 1 e 5, foram:

- 15 a 24 anos;
- 25 a 44 anos;
- 45 a 64 anos;
- 65 a 74 anos
- 75 e mais anos.

Na fase de descrição e análise do número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos, foram consideradas as categorias de idade quinquenais, desde os 15

anos, tomando-se a última categoria, aberta, de 75 e mais anos, codificadas com os valores entre 1 e 15.

A variável **“situação conjugal”** corresponde à situação do estado civil de facto à data da entrevista e foi construída a partir de duas variáveis: 1) “estado civil legal” (Q_14 na base de dados original do 4ºINS); 2) “situação conjugal” (Q_15) que inquire sobre a vivência conjugal. Na sua forma original a variável “Q_14” inclui as categorias “solteiro”, “casado”, “viúvo”, “divorciado”, e a variável “Q_15” inclui as categorias “sim” (vive conjugalmente) e “não”. A nova variável construída para este trabalho “situação conjugal” é uma variável qualitativa, categorial, e contempla as categorias codificadas com valores de 1 a 4:

- “casado ou coabitando”;
- “solteiro”;
- “divorciado ou separado”;
- “viúvo”.

A variável **“nível de ensino mais elevado concluído”** corresponde ao nível de ensino mais elevado que foi completado pelo entrevistado até à data da entrevista e foi utilizada como aproximação ao nível social do entrevistado (Santana, 2002). Na sua forma original, esta variável (Q16_cod) é disponibilizada para fins de investigação em sete categorias (Portugal.MS.INSA.INE, 2008).

Para a análise esta variável foi recodificada numa nova variável (ensinomaxg1) sendo colapsadas as categorias “ensino secundário” e “ensino pós-secundário”. As categorias analisadas, codificadas com valores entre 1 e 5, foram assim:

- “Nenhum nível de ensino”;
- “1º Ciclo de ensino”;
- “2º e 3º ciclos de ensino”;
- “Ensino secundário”;
- “Ensino superior”.

A variável **“Ocupação principal, nas duas semanas anteriores”** corresponde à situação do entrevistado perante o trabalho nas duas semanas anteriores à entrevista. Na sua forma original, esta variável (Q18_cod) é disponibilizada para fins de investigação em 8 categorias (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008).

Para este trabalho a variável foi recodificada numa nova variável (Q18_codg5) sendo colapsadas as categorias conceptualmente próximas devido, em parte, ao reduzido número de efectivos de, pelo menos, uma das classes originais (Gil, 2010; Portugal.MS.INS.A, 2004). Assim, foram agregadas as categorias “trabalhador activo” e “dona de casa”; “reformados” e “permanentemente incapacitados”; “estudantes” e “estágios não remunerados”, resultando nas seguintes categorias da variável Q18_codg5:

- Trabalhadores activos e donas de casa;
- Desempregados;
- Reformados e permanentemente incapacitados;
- Estudantes e estagiários não remunerados;
- Outra situação.

Esta última categoria, “outra situação”, inclui a população castrense, a população que reportou encontrar-se em férias no período de referência, a população que não exerceu

nenhuma ocupação devido a condições atmosféricas, a população doente e incapacitada, entre outras situações não especificadas (Portugal.MS.INSa, 2004).

A variável **“Profissão”** corresponde à profissão principal exercida pelo entrevistado à data da entrevista, ou, no caso do entrevistado não exercer actividade profissional, à última profissão principal exercida.

Na sua forma original, esta variável (Q192_cod) é disponibilizada para fins de investigação em 10 classes. Para este trabalho esta variável foi recodificada numa nova variável (Q_192_codg4) qualitativa, com quatro categorias, denominadas “Grupos”, codificadas com valores entre 1 e 4, e colapsadas da seguinte forma:

- Grupo 1: “Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas”, “especialistas de profissões intelectuais e científicas” e “militares”;
- Grupo 2: “Técnicos e profissionais de nível intermédio”, “Pessoal administrativo e similares” e “Pessoal dos serviços e vendedores”;
- Grupo 3: “Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas”, “Operários, artífices e trabalhadores similares” e “Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem”;
- Grupo 4: “Trabalhadores não qualificados”.

A variável **“Situação perante a profissão”** corresponde ao modo como o entrevistado se encontrava perante a sua profissão principal, isto é: enquanto trabalhador, por conta própria, ou por conta de outrem, ou, ainda, enquanto trabalhador não remunerado a trabalhar para um familiar, ou numa outra situação.

Na sua forma original (variável Q111) esta variável qualitativa, categorial, tem 4 categorias, mas para este trabalho ela foi recodificada numa nova variável designada “Q111g2”, com apenas 2 categorias denominadas genericamente “Grupo”:

- Grupo 1: “trabalhador por conta de outrem”, obtida pela junção das classes, “Trabalhador por conta de outrem” e “Trabalha para uma pessoa de família sem receber”;
- Grupo 2: “trabalhador por conta própria”, resultante da junção das classes “Trabalhador por conta própria” e “Trabalhador por conta própria como empregador”.

A 5ª categoria da variável original, “outra situação”, foi recodificada como valor ausente e não foi incluída na análise devido à sua frequência residual.

3.4.2.2. Determinantes de saúde relacionados com comportamentos

Foram estudadas variáveis caracterizadoras da exposição aos 4 aspectos individuais que são factores determinantes de saúde relacionados com os seguintes comportamentos:

- Consumo de tabaco;
- Consumo de bebidas alcoólicas;
- Alimentação;
- Actividade física.

Estes comportamentos, reconhecidos determinantes do estado de saúde, foram analisados segundo a sua expressão deletéria, ou seja, enquanto características e escolhas individuais que aumentam a probabilidade de efeitos negativos sobre a saúde e são modificáveis (WHO, 2005; Kindig, 2007; Last, 2010).

Descrevem-se as definições que operacionalizam as dimensões de risco, de cada um desses determinantes de saúde relacionados com comportamentos:

- Consumo actual, diário ou ocasional, de tabaco;
- Consumo perigoso de álcool;
- Alimentação não saudável;
- Actividade física insuficiente para gerar benefícios para a saúde.

De forma geral, à presença do nível deletério, perigoso, de cada uma destas variáveis foi atribuído, na base de dados analisados, o código “1”, e à sua ausência o código “0”. Os valores omissos, impossíveis, ou incongruentes, foram codificados com o código “9” e considerados omissos para a análise.

A variável **“Consumo actual de tabaco”** mediu o consumo de tabaco à data da entrevista. Foi considerada “Fumador actual” a pessoa que declarou fumar, diariamente ou ocasionalmente. Incluíram-se neste grupo todas as pessoas que declararam fumar à data da entrevista, diariamente, ou ocasionalmente, pelo menos um cigarro, charuto, cigarrilha, ou cachimbo, independentemente do número fumado.

Não se incluíram no grupo dos fumadores as pessoas que referiram ser ex-fumadores, nem as pessoas que referiram estar expostas ao fumo do tabaco de outros. A definição utilizada segue as recomendações da OMS e o exemplo de diversos países que a utilizam na

elaboração dos indicadores de saúde das suas populações (WHO, 1996; WHO, 2003a; WHO, 2008b; WHO, 2009; Kaiser, 2009; Canadá, 2009; Norway, 2010).

A variável **“Consumo perigoso de bebidas alcoólicas”** mediu o consumo actual, em nível perigoso para a saúde, de bebidas com algum teor de álcool na sua composição.

Considerou-se “bebedor em nível perigoso” a pessoa que declarou ter consumido, nos 7 dias anteriores à entrevista, em média por dia, 3 ou mais bebidas alcoólicas, no caso do sexo masculino, ou 2 ou mais bebidas alcoólicas, no caso do sexo feminino.

Esta é a definição preconizada pelo Departamento de Saúde dos Estados Unidos da América do Norte, com base nas recomendações alimentares para os Norte Americanos, emitida conjuntamente com o Departamentos da Agricultura (US.DA.US.DHHS.CDC, 2005a; US.DA.US.DHHS.CDC, 2010; U.S. DHHS.CDC, 2010a).

A variável **“alimentação não saudável”** mediu a dieta considerada não saudável à luz do conhecimento actual, a qual foi caracterizada no INS 2005/2006 através das respostas a um questionário breve de frequência alimentar nas 24h anteriores e das respostas a uma pergunta sobre o consumo e gorduras alimentares.

Considerou-se como “não tendo uma alimentação saudável” a pessoa que havia declarado não ter consumido frutos nem legumes nem vegetais, às refeições ou fora delas, no dia anterior à entrevista e que, simultaneamente, havia declarado que as gorduras saturadas como a manteiga, a margarina ou a banha, eram as mais utilizadas na confecção de alimentos em sua casa.

A variável **“Actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde”** mediu a inadequação da actividade física total, realizada no decurso da actividade profissional e

nos tempos de lazer, e que era inadequada à obtenção de benefícios para o estado de saúde da pessoa.

No INS 2005/2006, a actividade física foi medida através de uma área específica de inquirição, tendo sido utilizado, pela primeira vez neste inquérito, o questionário denominado “International Physical Activity Questionnaire” (IPAQ), conjunto de perguntas utilizado em diversos inquéritos de saúde e recomendado para o Inquérito Europeu por Entrevista (EHIS – European Health Interview Survey) pelo Organismo Estatístico Europeu (EUROSTAT) na sua versão curta como 11 perguntas (Aromaa, 2003; European Commission, 2010).

Dada a extensão do questionário do INS 2005/2006, e a complexidade do instrumento IPAQ, este foi aplicado apenas durante as semanas nº14 a nº26 de trabalho de campo, motivo pelo qual a análise dos dados deste trabalho é restringida a este período de tempo.

A definição de actividade física insuficiente para gerar benefícios para a saúde foi adaptada das recomendações da DGS e do CDC (Portugal.MS.DGS, 2007; US.DHHS.CDC, 2008).

Assim, foram classificados como tendo actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde as pessoas que declararam não ter efectuado, nos sete dias anteriores à entrevista, actividade física vigorosa, consecutivamente durante pelo menos 10 minutos de cada vez, durante pelo menos 75 minutos por semana, nem actividade física moderada, consecutivamente durante, pelo menos, 10 minutos de cada vez, durante, pelo menos, 150 minutos por semana.

3.4.2.3. Doenças que são determinantes de saúde.

Foram classificadas como sofrendo de **hipertensão arterial** as pessoas que referiram que esse diagnóstico lhes havia sido comunicado por um médico ou enfermeiro. Foram classificadas como sofrendo de **diabetes** as pessoas que referiram que esse diagnóstico lhes havia sido comunicado por um médico ou enfermeiro.

Foram classificadas com **excesso de peso** as pessoas com Índice de Massa Corporal, calculado através da fórmula de Quetelet, igual ou superior a 25Kg/m² e inferior a 30Kg/m². Foram classificadas como **obesas** as pessoas com Índice de Massa Corporal igual ou superior a 30Kg/m². As pessoas com um valor de Índice de Massa Corporal incluído numa destas categorias foram classificadas com “excesso de peso ou obesidade”.

Foram classificadas como sofrendo de **hipercolesterolemia** as pessoas que referiram expressamente sofrer de hipercolesterolemia, desde que o diagnóstico tivesse sido comunicado por um médico ou enfermeiro, ou pessoas que referiram tomar medicamentos destinados a reduzir o nível de colesterol no sangue.

Foram consideradas em provável **sofrimento psicológico** as pessoas cujas respostas às perguntas que compõe a escala MHI-5 resultaram numa pontuação igual ou inferior a 52 (European Commission, 2004).

3.4.2.4. Impacte potencial dos determinantes de saúde

O impacte potencial dos determinantes em estudo sobre o estado de saúde da população foi abordado através dos itens **“alteração aguda ao estado de saúde”** e **“utilização de consultas médicas”**.

O primeiro item **“alteração aguda ao estado de saúde”** foi medido através do número de dias, reportado para cada pessoa, em que teria havido alteração na realização das tarefas habituais por motivos de saúde, nas duas semanas anteriores, considerando-se esse tempo como **“incapacidade de curta duração”**. De acordo com os quartis da distribuição de frequências desta variável, os respondentes foram classificados em quatro grupos:

- 1) Sem incapacidade de curta duração;
- 2) Incapacidade até 1 dia, inclusivamente;
- 3) Incapacidade entre 2 e 5 dias, inclusivamente;
- 4) Incapacidade entre 6 e 14 dias.

Na fase de análise multivariada, em que esta variável foi interpretada como dependente, ou de resultado, estas quatro classes foram recodificadas em duas novas classes: uma resultante da junção dos dois primeiros quartis, à qual foi atribuído o código “0”, significando a ausência de incapacidade de curta duração, e uma outra classe, resultante da junção das classes três e quatro, à qual foi atribuído o código “1”, significando a presença daquele estado de saúde. Foi igualmente utilizado na análise o número médio de dias de incapacidade entre as pessoas que reportaram este estado de saúde.

O segundo item “**utilização de cuidados de saúde**” foi abordado através da caracterização, para cada pessoa residente nas unidades de alojamento estudadas, do número reportado de consultas médicas havidas nos três meses anteriores à entrevista, a qual foi recodificada numa nova variável com as seguintes quatro categorias:

- 1) Não utilizador de cuidados de saúde: Pessoa que referiu não ter recorrido a consultas médicas nos três meses anteriores;
- 2) Utilizador moderado de cuidados de saúde: Pessoa que referiu ter recorrido a consultas médicas uma vez nos três meses anteriores;
- 3) Utilizador frequente: Pessoa que refere ter recorrido a consultas médicas entre duas e três vezes nos três meses anteriores;
- 4) Utilizador muito frequente: Pessoa que refere ter recorrido a consultas médicas quatro ou mais vezes nos três meses anteriores.

Na fase de análise multivariada, enquanto variável de resultado, ou dependente, estas quatro categorias foram recodificadas em apenas duas: uma resultante da junção das primeiras três, e uma outra relativa a utilizadores muito frequentes de consultas médicas nos três meses anteriores, correspondente à quarta categoria.

3.5. Preparação e utilização da base de microdados

Para atingir os objectivos do estudo foi efectuada uma análise da base de micro-dados gerada através do INS 2005/2006, concretamente a base de dados informatizada,

preparada e disponibilizada pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e pelo Instituto Nacional de Estatística no final do trabalho daquele Inquérito.

Os valores das variáveis utilizadas, recodificadas pelo Instituto Nacional de Estatística para corresponder às exigências da Lei do Segredo Estatístico, constam de uma lista cedida a todos os investigadores, utilizada também neste trabalho (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008; Portugal, 2008c).

A preparação da base de microdados para o presente trabalho incluiu dois passos principais relativos à recodificação de valores de algumas variáveis, já descritos na definição operacional das variáveis e na identificação de casos omissos.

O segundo passo consistiu no cálculo de uma nova variável, identificadora da unidade primária de amostragem (Primary Sampling Unit – PSU), a que cada unidade de observação, cada pessoa, pertencia. Conjuntamente com a variável identificadora do estrato de amostragem, neste caso a região administrativa, NUTS2, e o ponderador populacional, obtido através do cálculo do inverso da probabilidade de selecção de cada unidade de alojamento, o cálculo da variável PSU permite dispor da informação necessária para proceder à análise estatística dos dados do INS 2005/2006, tomando em consideração o desenho complexo da amostra (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008; SPSS, 2008).

A variável PSU foi criada de novo a partir do conjunto de ponderadores replicados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística para utilização na análise dos dados em alguns programas estatísticos específicos. Utilizando o facto de que em cada um dos 48 ficheiros com os pesos replicados fornecidos pelo INE, é possível identificar uma PSU omissa, aquela cuja variância está a ser comparada com a variância de amostras sucessivas das restantes PSU, a numeração sequencial dessas PSU omissas permite alocar a cada unidade de observação, cada pessoa, um código numérico novo específico de uma PSU.

A nova variável, PSU, associada a cada indivíduo, foi incluída no plano de amostragem no início de cada análise estatística, conjuntamente com a variável identificadora do estrato de amostragem, a NUTS 2, e a variável contendo o valor do ponderador populacional adequado aos dados obtidos durante o segundo trimestre do trabalho de campo, neste caso o ponderador 4 (POND4). Este ponderador, incluído na base de microdados do INS 2005/2006, foi criado especificamente para a análise de dados em que se incluía a variável “actividade física”, de acordo com o esquema de utilização de ponderadores cedido aos investigadores com a base de microdados para análise (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008).

A utilização deste ponderador restringe automaticamente a análise de todos os dados do INS 2005/2006 às semanas 14 a 26, aquelas em que foi recolhida informação relativa à actividade física de cada pessoa, além da restante informação relevante para este trabalho.

Toda a análise estatística foi efectuada tomando em consideração aqueles parâmetros do desenho complexo da amostra, pelo que todas as estimativas e testes estatísticos foram realizados sobre as frequências ponderadas, populacionais e não sobre as frequências amostrais.

3.6. Análise dos dados

Os resultados que se apresentam resultam da análise da base oficial de dados individuais obtidos através do INS 2005/2006 à população residente em unidades de alojamento familiar em Portugal. Desta base de dados total tomou-se para este trabalho o subconjunto de dados relativo às pessoas com idade igual ou superior a 15 anos e que foram obtidos durante o 2º trimestre do trabalho de campo (semanas 14 a 26), período em que o

questionário do Inquérito incluiu todas as dimensões de saúde e variáveis cuja análise secundária permite responder aos objectivos definidos para este trabalho.

Analisaram-se, assim, dados relativos a 8966 pessoas, 23,3% do total de 41193 pessoas que integram a base de dados final, completa, do INS 2005/2006.

3.6.1. Métodos de análise

Uma vez que a base de dados final oficial foi obtida depois da inquirição de uma amostra de unidades de alojamento criada propositadamente para o INS 2005/2006, através de um desenho complexo que incluiu a selecção de unidades de estudo em diversas etapas, foram utilizados, na análise de dados deste trabalho, os ponderadores populacionais fornecidos pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e pelo Instituto Nacional de Estatística. Estes ponderadores tomam já em consideração aquele desenho, designadamente as probabilidades de escolha e o ajustamento por margens ao calcular as frequências populacionais (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008).

Assim, todos os resultados são estimativas para a população portuguesa, em 2005/2006, das frequências, absolutas e relativas (estas em percentagem) das variáveis em estudo. Estas estimativas populacionais foram obtidas através da ponderação dos dados amostrais e da utilização de um plano de análise que contempla o desenho complexo da amostra estudada pelo INS 2005/2006.

O plano de análise estatística, realizada no programa de análise estatística SPSS, incluiu a variável Região (NUTS2) caracterizadora do estrato de amostragem, a variável PSU, definidora da unidade de amostragem primária, neste caso um aglomerado e a variável

ponderadora (POND4) construída pelo Instituto Nacional de Estatística, entidade responsável pela metodologia estatística do INS, e necessária para a análise de dados relativos ao 2º trimestre do trabalho de campo.

A análise de dados foi efectuada utilizando os programas informáticos EXCEL, v7, e o módulo para análise de amostras complexas (complex samples) do programa de análise estatística Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, v17), ambos nas suas versões para Windows (SPSS, 2008; Microsoft, 2007).

3.6.2. Desenho geral da análise

A análise dos dados teve como finalidade responder aos objectivos da investigação já enunciados. O estudo das associações entre os quatro factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos que foram seleccionados, teve como objectivo estimar o grau de associação desses factores entre si, entendido como ocorrência conjunta, e não estudar qualquer efeito etiológico, independente, de um dos factores sobre outro factor, isolado do efeito dos restantes.

O efeito da variável “sexo”, foi explicitado ao longo de toda a análise através da estratificação, por sexo, das estimativas de todas as medidas de frequência, associação e efeito. Toda a análise foi estratificada por sexo devido às seguintes razões:

1. A distribuição diferente que os determinantes em estudo têm, em cada sexo, tal como amplamente ilustrado na introdução a este trabalho;

2. O seu potencial efeito de confundimento e de modificação de efeito no estudo da associação entre os quatro determinantes de saúde e as características de estado de saúde e de utilização e cuidados de saúde;
3. A importância, social e política, que as questões de género, aproximado através da variável sexo, têm, em particular na área da saúde;
4. A consequente necessidade de manter visível a especificidade dos fenómenos em estudo, em cada sexo, a qual seria ocultada por uma hipotética padronização, ou ajustamento, das medidas calculadas.

O estudo do efeito do número de factores determinantes de saúde na ocorrência de alteração aguda ao estado de saúde, de curta duração, nas duas semanas anteriores à entrevista, por um lado, e na utilização de cuidados de saúde nos três meses anteriores à entrevista, por outro, pretendeu estimar o grau de associação entre estes dois tipos de variáveis, entendida a primeira como a exposição, independente, e a segunda como o resultado, dependente, tomando em consideração a interferência de um conjunto de potenciais variáveis de confundimento. São apresentadas as estimativas não ajustadas, bem como as ajustadas desse efeito.

3.6.3. Fases da análise de dados

Foram as seguintes as fases da análise dos dados:

- Descrição da distribuição de frequências de cada uma das variáveis demográficas e sociais, em estudo, desagregada por sexo;

- Descrição da distribuição de frequências de cada um dos quatro factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos em estudo, e do seu número concomitante, desagregados por sexo e pelas categorias das variáveis demográficas e sociais consideradas;
- Análise, em cada um dos sexos, das associações estatísticas entre os quatro factores determinantes de saúde em estudo, considerados dois a dois;
- Análise das associações estatísticas entre cada um dos determinantes de saúde relacionados com comportamentos em estudo e a ocorrência conjunta dos restantes;
- Análise dos valores das frequências observadas (O) e esperadas (E), por hipótese de aleatoriedade, para cada um dos quatro factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos em estudo, bem como para as suas combinações possíveis, em cada sexo;
- Descrição e comparação das distribuições das frequências e dos valores médios das duas variáveis que, neste trabalho, caracterizam o efeito potencial da presença conjunta dos determinantes de saúde relacionados com comportamentos:
 - a) Número de dias de alteração do estado de saúde com efeito nas actividades habituais, designado por incapacidade de curta duração, havidos nas duas semanas anteriores à entrevista;
 - b) Número de consultas médicas nos três meses anteriores à entrevista.
- Análise do efeito dos perfis de distribuição conjunta dos determinantes de saúde em níveis de risco, sobre a distribuição das duas variáveis caracterizadoras do estado de saúde:

- a) Número de dias de alteração do estado de saúde com efeito nas actividades habituais, havidos nas duas semanas anteriores à entrevista (incapacidade de curta duração).
- b) Número de consultas médicas havidas nos 3 meses anteriores à entrevista.
- Cálculo das fracções de risco de incapacidade de curta duração, e de utilização de consultas médicas nos três meses anteriores, atribuíveis à exposição aos diferentes perfis de ocorrência conjunta de determinantes de saúde, nos expostos (Fracção Etiológica do Risco nos Expostos – FAE) e na população total (Fracção Etiológica do Risco na População – FAP) (Lilienfeld, 1994).

Na descrição e na análise dos resultados, bem como na sua apresentação e discussão, foram considerados dois aspectos com importância na interpretação:

- a) A estimativa pontual da medida de frequência, ou de associação, calculada;
- b) A precisão dessa estimativa, avaliada através da análise dos valores do seu intervalo de 95% de confiança.

Descrevem-se em seguida, de forma mais detalhada, os passos nas diversas fases deste plano de análise de dados:

1. Para cada uma das variáveis demográficas e sociais foram calculadas as frequências populacionais, absolutas e relativas e os seus intervalos de 95% de confiança, que se apresentam como pano de fundo de todo o trabalho, além do seu potencial papel interferente na análise.

2. As frequências populacionais, absolutas e relativas e os seus intervalos de 95% de confiança foram calculadas para cada uma das variáveis caracterizadoras dos factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos presentes em níveis de risco: consumo actual, diário ou ocasional, de tabaco; consumo perigoso de bebidas alcoólicas nos sete dias anteriores; ausência de consumo de frutos, legumes e vegetais nas 24h anteriores e utilização preferencial de gorduras saturadas de origem animal na preparação de alimentos; e actividade física insuficiente, nos sete dias anteriores, para gerar benefícios de saúde.

A descrição destas variáveis foi efectuada de forma estratificada pelas categorias das variáveis sócio-demográficas já descritas: sexo, classe etária, estado civil de facto, nível máximo de instrução atingido, ocupação principal, profissão, situação na profissão.

O mesmo tipo de análise, descritivo, foi efectuado para a variável que contabilizava o número destes factores em cada indivíduo, e em relação a um conjunto de doenças e problemas de saúde, que são eles próprios factores de risco: hipertensão arterial, diabetes mellitus, excesso de peso e obesidade, hipercolesterolemia, e sofrimento psicológico.

Foi utilizado o teste de qui-quadrado para proporções, com a correcção de Rao e Scott para amostras complexas, para testar duas hipóteses nulas:

- a) A hipótese da homogeneidade da distribuição das frequências entre as categorias de desagregação da variável principal, o determinante de saúde em estudo;
- b) A hipótese da não associação entre a variável principal e a variável de desagregação, por sexo (Rao, 1984, Rao, 2003).

O número de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos em níveis de risco, e o número de doenças que são elas próprias factores de risco resultou da soma dos códigos numéricos com valor “1” em cada unidade de análise, em relação às quatro variáveis caracterizadoras dos factores determinantes de saúde, por um lado, e em relação às variáveis caracterizadoras das cinco doenças e problemas de saúde que se constituem como factores de risco, por outro.

Tanto num caso como no outro, o código numérico “1” representa a presença da característica em estudo e o código numérico “0” a sua ausência. Assim, neste trabalho, o número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos pode variar, em cada pessoa, entre os valores 0 e 4, enquanto o número de doenças e problemas de saúde que são factores de risco pode variar entre os valores 0 e 5.

As frequências populacionais, absoluta e relativa, e respectivos intervalos de 95% de confiança, de pessoas segundo o número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos (0, 1, 2, 3, 4) e o número de doenças e problemas de saúde que são factores de risco (0, 1, 2, 3, 4, 5) foram distribuídas pelos valores das variáveis demográficas e sociais.

Foi utilizada a estatística F-modificada, variante do ajustamento de 2ª ordem do Qui-Quadrado de Rao-Scott para testar duas hipóteses nulas:

- a) A hipótese da homogeneidade das frequências entre as classes de desagregação da variável principal, o determinante de saúde em estudo;
- b) A hipótese da não associação entre a variável principal e a variável de desagregação, por sexo (Rao, 1984; Rao, 2003).

- c) A descrição das variáveis “incapacidade de curta duração” e “utilização de consultas médicas nos três meses anteriores” foi efectuada através do estudo da distribuição dos seus valores médios nas categorias das variáveis demográficas e sociais de estratificação, bem como da sua distribuição segundo o número de determinantes de saúde presentes conjuntamente e simultaneamente.

A comparação da sobreposição dos intervalos de 95% de confiança para a média, obtidos para cada categoria das variáveis de estratificação, permitiu a comparação da significância estatística das diferenças entre as estimativas pontuais das médias de uma e de outra variável.

3. Foram identificados grupos de variáveis caracterizadoras de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos em níveis de risco, cuja ocorrência conjunta fosse mais elevada do que o previsto, em cada sexo, se a distribuição fosse aleatória e independente do sexo. Esta identificação foi efectuada através da elaboração de quadros de dupla entrada contendo os valores das frequências populacionais de cada factor determinante de saúde observados (O) no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Em cada quadro, uma das variáveis codificava a presença, ou ausência, do factor determinante de saúde em questão e a segunda variável o “sexo”.

O valor da frequência populacional esperada (E) foi, assim, obtido assumindo uma distribuição independente de ambas as variáveis. Para cada factor determinante, isolado ou em combinação, os valores da frequência populacional esperados (E) foram comparados com os valores observados (O), segundo a razão O/E.

Os intervalos de 95% de confiança para a razão O/E foram calculados através do método proposto por Dever, em que N representa o valor da dimensão da população (Dever, 1984):

$$IC95\% = O / E \pm \left(1,96 \times \frac{(O / E)}{\sqrt{N}} \right)$$

4. As associações bivariadas, estratificadas por sexo, entre os quatro factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos em níveis de risco foram caracterizadas através de dois métodos:

- a) Teste de hipóteses para a independência entre duas proporções;
- b) Cálculo das razões de possibilidades complementares entre as variáveis tomadas duas a duas.

Para a primeira abordagem foram realizados testes de qui-quadrado para a hipótese nula de independência entre os factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos. Novamente, o teste de qui-quadrado utilizado foi a variante de Rao e Scott para amostra complexas (Rao, 1984, Rao, 2003).

Para a segunda abordagem foram calculadas as razões de razões de possibilidades complementares (RPC), *Odds Ratio* na denominação anglo-saxónica (termo que será utilizado no restante trabalho pela sua maior facilidade de escrita e utilização mais disseminada na literatura epidemiológica, e os respectivos intervalos de 95% de confiança.

As *Odds Ratios* (OR) e os seus intervalos de 95% de confiança, foram obtidas através de métodos de regressão logística binária não condicional, construindo modelos não ajustados para a associação de cada um dos factores determinantes de saúde,

considerados um a um, como variável dependente, e cada um dos restantes factores determinantes em estudo, considerado como variável independente.

Foi tido como nível de referência de qualquer uma das variáveis estudadas a ausência do factor determinante (codificado como “0” na base de microdados, por oposição à sua presença codificada com o código “1”).

5. Em seguida, foram estudadas para cada sexo separadamente as associações estatísticas entre o número de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos, considerado como variável independente e duas variáveis dependentes: 1) a variável caracterizadora da ocorrência de incapacidade aguda de curta duração, nas duas semanas anteriores à entrevista; e 2) a variável caracterizadora da utilização de cuidados de saúde nos três meses anteriores à entrevista.

Para o efeito foram calculadas as *Odds Ratios* e os seus intervalos de 95% de confiança, obtidas através de métodos de regressão logística binária não ajustada, primeiro, e ajustada, depois.

O número de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos foi incluído no modelo como variável independente principal, e codificada como “0”, “1”, “2”, “3” e “4”. Dada a reduzida frequência da ocorrência concomitante na população dos quatro factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos, esta classe foi agregada à classe imediatamente anterior, de “3” factores presentes concomitantemente.

Estes modelos estatísticos foram ajustados para as variáveis demográficas e sociais descritas anteriormente e estratificados por sexo. Os modelos iniciais incluíam todas aquelas variáveis, sendo retiradas do modelo, de forma sequencial, aquelas que não se revelavam estatisticamente significativas para um bom ajustamento do modelo (valor

de “p” para o teste de Wald superior a 0,05). Em ambos os grupos de modelos foi considerado como nível de referência da variável dependente a ausência da característica em estudo, codificada como “0” na base de microdados, por oposição à sua presença, codificada como “1”.

6. Finalmente, utilizando as *OR*, como aproximação aos riscos relativos correspondentes, e a prevalência da ocorrência conjunta de factores determinantes na população, foram calculadas duas medidas de impacte (Lilienfeld, 1994):
 - a. A fracção da probabilidade (risco) de cada um dos dois indicadores de alteração ao estado de saúde e de utilização de consultas médicas, atribuíveis à exposição a diferentes níveis de ocorrência conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos, nos expostos (Fracção Etiológica do Risco nos Expostos – FAE);
 - b. A fracção da probabilidade (risco) de cada um dos dois indicadores de alteração ao estado de saúde e de utilização de consultas médicas, atribuíveis à exposição a diferentes níveis de ocorrência conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos, na população total (Fracção Etiológica do Risco na População – FAP).

A fracção do risco, quer de incapacidade de curta duração, quer de utilização frequente de consultas médicas (expressa em percentagem) atribuível nos expostos (FAE) foi calculada de acordo com a seguinte fórmula:

$$FAE = \frac{OR - 1}{OR} \times 100$$

A fracção do risco, quer de incapacidade de curta duração, quer de utilização frequente de consultas médicas (expressa em percentagem) atribuível na população (FAP) foi calculada de acordo com a seguinte fórmula:

$$FAP = \frac{pe(OR - 1)}{pe(OR - 1) + 1} \times 100$$

Em ambas as fórmulas, *OR* representa a medida de associação *Odds Ratio*, aproximação ao risco relativo, entre a exposição às categorias de número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos, quer nos expostos, quer na população e as medidas do efeito dessa exposições, neste trabalho a incapacidade de curta duração, e a utilização frequente de consultas médicas, (Lilienfeld, 1994).

Na segunda fórmula, “*pe*” representa a estimativa pontual da prevalência da característica em estudo, obtida neste trabalho, ou seja, a prevalência das categorias de número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos, quer na população de expostos, quer na população total (Lilienfeld, 1994).

O nível de significância estatística dos testes em toda a análise foi estabelecido em 5%, tendo-se rejeitado a hipótese nula quando a probabilidade de significância do teste (valor de *p*) foi inferior aquele valor.

4. Aspectos Éticos

O protocolo final do trabalho de investigação foi aprovado pelo Conselho Científico da Escola Nacional de Saúde Pública.

A base de dados que foi objecto da análise estatística efectuada é a versão oficial cedida pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto Nacional de Estatística aos investigadores que a solicitem (Portugal.MS.INS.A.INE, 2002).

A informação contida nessa base de dados individuais, ou microdados, foi anonimizada previamente e não inclui dados, ou informação individual, nominal ou outra, de qualquer tipo, protegendo a identidade das unidades de observação.

A utilização da base de microdados enquadra-se na responsabilidade do autor na coordenação do INS e integra-se no plano de trabalho do Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (Ex-Observatório Nacional de Saúde), designadamente para a exploração e análise adicional dos dados obtidos pelos INS.

5. Resultados

Analisaram-se os dados relativos a 8966 pessoas, ou seja, 21,76% das 41193 pessoas cujos dados constituem a totalidade da base de dados final do INS 2005/2006.

Todos os resultados são estimativas para a população portuguesa de 15 e mais anos de idade, em 2005/2006, das frequências absolutas e relativas (estas em percentagem), dos valores das variáveis estudadas. As estimativas foram obtidas após ponderação dos dados amostrais e utilização de um plano de análise que contempla o desenho complexo da amostra estudada (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008).

5.1. Distribuição da população segundo valores das variáveis em estudo

Os quadros 1 a 6 descrevem a distribuição das frequências populacionais, absolutas e relativas, das seguintes características demográficas e sócio-económicas: sexo, idade, estado civil de facto, nível de instrução mais elevado alcançado, ocupação, profissão, e situação perante a profissão.

Os quadros 7 a 32 descrevem a distribuição das frequências, absolutas e relativas, dos quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos em estudo, desagregadas segundo as categorias das variáveis: sexo, idade, estado civil de facto, nível de instrução mais elevado alcançado, ocupação, profissão, e situação perante a profissão.

Os quadros 33 a 39, e as figuras 1 a 6, descrevem a distribuição das frequências, absolutas e relativas, com que ocorriam conjuntamente aqueles quatro determinantes de saúde. As frequências são apresentadas desagregadas pelas seguintes características demográficas e

sócio-económicas: sexo, idade, estado civil de facto, nível de instrução mais elevado alcançado, ocupação, profissão, e situação perante a profissão.

O quadro 40 descreve a ocorrência conjunta dos determinantes relacionados com comportamentos, separadamente em cada sexo. Para cada categoria de número de factores presentes simultaneamente (entre 0 e 4 factores), são descritas:

- a) As prevalências, observadas (O) e esperadas (E), na população, de cada factor isolado ou das suas combinações;
- b) A razão entre os valores observados (O) e os valores esperados (E) de cada factor, ou suas combinações, bem como o respectivo intervalo de 95% de confiança.

Os quadros 41 e 42 descrevem, para cada sexo, a distribuição do padrão de ocorrência, isolada ou combinada, dos 4 determinantes de saúde em estudo, ordenadas de acordo com a distribuição decrescente das razões entre as prevalências observadas e esperadas (O/E).

Os quadros 43 a 51 descrevem, na população total e em cada sexo, as prevalências de cada um de três, dos determinantes de saúde em estudo, que surgem em cada linha, segundo as categorias de um dos outros factores em estudo, que surge em coluna. Simultaneamente, apresentam-se os níveis de significância do teste de qui-quadrado para a associação entre as categorias daquelas variáveis, tomadas duas a duas.

Os quadros 52, 53 e 54 descrevem os valores, em cada sexo, das *Odds Ratios* brutas resultantes de modelos de regressão logística binária não ajustados nos quais a variável dependente é um dos factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos e a variável independente, é um dos outros determinantes em estudo, ou uma combinação entre os restantes 3 determinantes.

O Quadro 55 descreve a distribuição, na população total e de cada sexo, do número médio de dias de incapacidade de curta duração nas duas semanas anteriores à entrevista, segundo o número de determinantes de saúde.

Os Quadros 56 e 57 descrevem a distribuição, na população total e de cada sexo, do número médio de consultas médicas havidas nos três meses anteriores à entrevista, segundo o número de determinantes de saúde.

A distribuição do número médio de dias de incapacidade de curta duração nas duas semanas anteriores e do número médio de consultas médicas nos três meses anteriores, segundo as categorias das variáveis demográficas e sociais encontram-se em Apêndice.

O Quadro 58 descreve as *Odds Ratios*, brutas e ajustadas, resultantes de modelos de regressão logística binária, em que a variável dependente caracteriza a incapacidade física de curta duração que ocorreu durante as duas semanas anteriores à entrevista e a variável independente, factor principal, que contabiliza o número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos.

O Quadro 59 descreve as *Odds Ratios*, brutas e ajustadas, resultantes de modelos de regressão logística binária, em que a variável dependente caracteriza a utilização de cuidados médicos nos três meses anteriores à entrevista em número igual ou superior a quatro consultas médicas, e a variável independente, factor principal, contabiliza o número de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos.

Os quadros 60 e 61 descrevem, respectivamente, o potencial máximo de prevenção de incapacidade de curta duração e de utilização de cuidados de saúde, decorrente da alteração do número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos, na população de expostos e na população total.

5.1.1. Características demográficas e socioeconómicas.

O sexo feminino representava um pouco mais de metade da população, 52,1% (IC95%: 51,1%; 53,2%), valor significativamente diferente (qui-quadrado ajustado de Rao e Scott=17,3; $p=0,000$) do observado no sexo masculino, (47,9%; IC95%: 46,8%; 48,9%).

O grupo etário mais frequente era o dos 25 aos 44 anos (36,0%; IC95%: 34,1%; 38,0%) e o menos frequente o dos 75 e mais anos de idade (8,8%; IC95%: 7,8%; 9,9%), situação observada igualmente em cada um dos sexos (Quadro 1).

Quadro 1: Distribuição das estimativas do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) da população com idade igual ou superior a 15 anos residente em Portugal em 2005/2006, por sexo e grupo etário.

Grupo etário (anos)	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
	N	%	(IC 95%)	P	N	%	(IC 95%)	P	N	%	(IC95%)	p
				0,000				0,000				0,000
15-24	667376	15,7	(14,2; 17,2)		642942	13,8	(12,4; 15,4)		1310318	14,7	(13,6; 15,9)	
25-44	1600151	37,6	(35,4; 39,8)		1606812	34,6	(32,4; 36,9)		3206963	36,0	(34,1; 38,0)	
45-64	1240442	29,0	(27,3; 30,9)		1345585	29,0	(27,3; 30,8)		2586027	29,0	(27,6; 30,5)	
65-74	454875	10,7	(9,4; 12,1)		562614	12,1	(10,8; 13,5)		1017489	11,3	(10,3; 12,7)	
75+	298082	7,0	(6,1; 8,0)		484765	10,4	(9,2; 11,8)		782847	8,8	(7,8; 9,9)	
Total	4260926	100,0			4642718	100,0			8903644	100,0		

P: valor da significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao e Scott.

O estado civil (de facto) mais frequentemente declarado foi o de “casado ou vivendo junto” (61,9%; IC95%: 60,3%; 63,4%) e o menos frequente o de “separado ou divorciado”. Esta distribuição observava-se, também, em ambos os sexos, embora no sexo

masculino a diferença entre a prevalência de “separados ou divorciados” e a de “viúvos” não fosse estatisticamente significativa (Quadro 2).

Quadro 2: Distribuição das estimativas do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) da população com idade igual ou superior a 15 anos residente em Portugal em 2005/2006, por sexo e estado civil de facto.

Estado civil	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
				0,000				0,000				0,000
Solteiro	1270856	29,8	(27,9; 31,8)		1076189	23,2	(21,5; 24,9)		2347045	26,4	(25,0; 27,7)	
Casado / Junto	2759822	64,8	(62,8; 66,7)		2751010	59,3	(57,3; 61,2)		5510832	61,9	(60,3; 63,4)	
Separado / Divorciado	129829	3,0	(2,4; 3,8)		273922	5,9	(5,1; 6,9)		403751	4,5	(4,0; 5,2)	
Viúvo	100419	2,4	(1,8; 3,0)		541597	11,7	(10,4; 13,1)		642016	7,2	(6,5; 8,0)	
Total	4260926	100,0			4642718	100,0			8903644	100,0		

p: valor da significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao e Scott.

O nível de ensino máximo alcançado que foi mais frequentemente declarado correspondia ao 1ºCiclo do ensino básico (31,8%; IC95%: 30,1%; 33,6%), embora esta prevalência não fosse significativamente diferente daquela das pessoas que declararam ter alcançado o 2º ou o 3º ciclo do ensino básico (29,9%; IC95%: 28,3%; 31,6%), (Quadro 3).

Esta situação verificava-se, da mesma forma, no sexo masculino, enquanto no sexo feminino a prevalência populacional de pessoas com o 1º ciclo de ensino era significativamente mais elevada da frequência de pessoas que referiram ter alcançado o 2º ou o 3º Ciclo do ensino básico.

A ausência de um nível de ensino era a situação menos frequentemente referida (11,6%; IC95%: 10,4%; 12,8%) embora a diferença para a segunda categoria menos referida, o ensino superior, não fosse estatisticamente significativa (12,5%; IC95%: 10,7%; 14,4%).

A categoria menos referida diferia em cada sexo (Quadro 3). Assim, enquanto no sexo masculino, a categoria menos referida era a ausência de nível de ensino máximo alcançado (7,4%; IC95%: 6,3%; 8,6%), no feminino, esta posição pertencia à categoria “ensino superior” (13,0%; IC95%: 10,9%; 15,3%), embora sem diferença estatisticamente significativa para as categorias “ensino secundário” (13,5%; IC95%: 12,1% - 15,1%) e “nenhum” (15,4%; IC95%: 13,7% - 17,1%).

Quadro 3: Distribuição das estimativas do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) da população com idade igual ou superior a 15 anos residente em Portugal em 2005/2006, por sexo e nível de ensino máximo alcançado.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Nível de Ensino	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
	0,000				0,000				0,000			
Nenhum	315030	7,4	(6,3; 8,6)		713155	15,4	(13,7; 17,1)		1028185	11,6	(10,4; 12,8)	
1º Ciclo	1364303	32,1	(30,0; 34,2)		1464428	31,5	(29,5; 33,7)		2828731	31,8	(30,1; 33,6)	
2º e 3º Ciclos	1426172	33,5	(31,4; 35,7)		1235879	26,6	(24,6; 28,7)		2662051	29,9	(28,3; 31,6)	
Secundário	641297	15,1	(13,4; 16,9)		628010	13,5	(12,1; 15,1)		1269307	14,3	(13,1; 15,6)	
Superior	507231	11,9	(10,2; 13,9)		601246	13,0	(10,9; 15,3)		1108477	12,5	(10,7; 14,4)	
Total	4254033	100,0			4642718	100,0			8896751	100,0		

p: valor da significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao e Scott.

A maior parte da população referiu situações de ocupação “activa” (65,7%; IC95%: 64,1%; 67,3%), (Quadro 4). A situação de “desemprego” foi a segunda menos referida (5,5%; IC95%: 4,7%; 6,4%), logo a seguir às “outras situações” (0,5%; IC95%: 0,3%; 0,7%). Este padrão de distribuição era patente em cada um dos sexos, observando-se associação estatisticamente significativa entre as categorias da variável “ocupação” e da variável “sexo” (p=0,000).

Quadro 4: Distribuição das estimativas do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) da população com idade igual ou superior a 15 anos residente em Portugal em 2005/2006, por sexo e ocupação principal.

	Sexo Masculino			Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Ocupação principal	N	%	(IC 95%)	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
	0,000			0,000				0,000			
Activo ⁽¹⁾	2802412	65,9	(63,8; 67,8)	3036242	65,6	(63,6; 67,6)		5838654	65,7	(64,1; 67,3)	
Desempregado	229526	5,4	(4,4; 6,6)	260376	5,6	(4,7; 6,8)		489902	5,5	(4,7; 6,4)	
Reformado ⁽²⁾	877592	20,6	(18,8; 22,5)	943851	20,4	(18,6; 22,3)		1821443	20,5	(18,9; 22,2)	
Estudante ⁽³⁾	325242	7,6	(6,5; 8,9)	364172	7,9	(6,8; 9,1)		689414	7,8	(6,9; 8,7)	
Outra situação ⁽⁴⁾	20366	0,5	(0,3; 0,8)	22709	0,5	(0,3; 0,8)		43075	0,5	(0,3; 0,7)	
Total	4255138	100,0		4627350	100,0			8882488	100,0		

⁽¹⁾ Inclui donas de casa; ⁽²⁾ Inclui pessoas reformadas ou permanentemente incapacitadas; ⁽³⁾ Inclui estagiários não remunerados

p: valor da significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao e Scott.

O grupo de profissões mais frequentemente referido foi o grupo 3 que inclui os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas, operários, artífices e trabalhadores similares e operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem (39,2%; IC95%: 36,9%; 41,7%), (Quadro 5).

O grupo profissional menos referido foi o dos trabalhadores não qualificados (14,0%; IC95%: 12,7%; 15,4%), embora sem diferença estatisticamente significativa para o grupo 1 que inclui os quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas, especialistas de profissões intelectuais e científicas e militares de profissão (15,7%; IC95%: 13,8%; 17,7%). Este padrão era mais nítido no sexo masculino, com uma quase metade dos trabalhadores incluídos no grupo 3 (48,7%; IC95%: 45,9%; 51,6%) e uma frequência mais baixa de trabalhadores não qualificados (10,0%; IC95%: 8,7%; 11,5%).

O padrão era significativamente diferente no sexo feminino (qui-quadrado de Rao e Scott: $F=85,261$, $p=0,000$), onde as profissões mais frequentemente referidas incluíam as profissões técnicas, e profissionais de nível intermédio, pessoal administrativo e similar, pessoal dos serviços e vendedores (Grupo 2). Já o grupo profissional menos referido era o das profissões mais diferenciadas (Grupo 1), (13,7%; IC95%: 11,7%; 16,0%).

Quadro 5: Distribuição das estimativas do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) da população com idade igual ou superior a 15 anos residente em Portugal em 2005/2006, por sexo e profissão principal.

	Sexo Masculino			Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
Grupo 1	675778	17,4	(15,3; 19,8)	481987	13,7	(11,7; 16,0)	0,000	1157765	15,7	(13,8; 17,7)	0,000
Grupo 2	921155	23,8	(21,7; 26,0)	1377762	39,1	(36,4; 41,9)		2298917	31,1	(29,1; 33,1)	
Grupo 3	1887260	48,7	(45,9; 51,6)	1014728	28,8	(26,2; 31,6)		2901988	39,2	(36,9; 41,7)	
Grupo 4	388980	10,0	(8,7; 11,5)	646058	18,4	(16,5; 20,4)		1035038	14,0	(12,7; 15,4)	
Total	3873173	100,0		3520535	100,0			7393708	100,0		

Grupo 1: Inclui Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas; Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas e Militares de profissão.

Grupo 2: Inclui Profissões Técnicas e Profissionais de nível Intermédio, Pessoal Administrativo e Similares e Pessoal dos Serviços e Vendedores.

Grupo 3: Inclui Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas, Operários, Artífices e Trabalhadores similares e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.

Grupo 4: Trabalhadores não qualificados

p: valor da significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao e Scott.

A maior parte dos trabalhadores era-o por conta de outrem, ou trabalhava para familiares, sem pagamento (78,6%; IC95%: 76,7%; 80,4%), situação que não diferia significativamente entre os sexos (Quadro 6).

Quadro 6: Distribuição das estimativas do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) da população com idade igual ou superior a 15 anos residente em Portugal em 2005/2006, por sexo e situação face à profissão principal.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
				0,000				0,000				0,000
Grupo 1	3006638	77,8	(75,6; 79,9)		2793673	79,5	(77,3; 81,6)		5800311	78,6	(76,7; 80,4)	
Grupo 2	858853	22,2	(20,1; 24,4)		719374	20,5	(18,4; 22,7)		1578227	21,4	(19,6; 23,3)	
Total	3865491	100,0			3513047	100,0			7378538	100,0		

Grupo 1: Inclui trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores para familiares sem pagamento.

Grupo 2: Inclui trabalhadores por conta própria e empregadores.

p: valor da significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao e Scott.

5.1.2. Determinantes de saúde relacionados com comportamentos.

O Quadro 7 resume os valores das prevalências dos quatro principais determinantes de saúde relacionados com comportamentos na população portuguesa em 2005/2006, desagregados por sexo.

O Quadro 8 resume as categorias das variáveis demográficas e sociais onde os valores das estimativas pontuais da prevalência de cada um dos 4 determinantes em estudo eram mais elevados.

Nas secções seguintes, os quadros 9 a 32 descrevem a desagregação destes determinantes segundo as classes das variáveis sócio-demográficas estudadas. São, também, apresentados os valores da significância estatística para o teste da associação (Qui-quadrado de Pearson com a correcção de Rao e Scott para amostras complexas) entre estes determinantes e as diferentes variáveis de desagregação.

O determinante de saúde relacionado com comportamentos mais frequente era a actividade física em níveis insuficientes para gerar benefícios de saúde, declarado por 60,0% da população portuguesa com 15 e mais anos de idade (IC95%: 57,7%; 62,1%), facto verificado, também, após desagregação por sexo (Quadro 7).

Seguia-se o consumo de tabaco, presente em 21,4% da população, o consumo de bebidas alcoólicas em níveis de risco, que atingia 9,2% da população e, finalmente, a alimentação não saudável, declarada por 8,5% da população, em 2005/2006.

Refira-se que estes dois últimos determinantes, os menos frequentes na população, não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre as suas frequências, mesmo após desagregados por sexo. Já os dois determinantes mais frequentes revelaram uma diferença estatisticamente significativa entre si, mesmo após estratificação por sexo.

Quadro 7: Distribuição, por sexo, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos residentes em Portugal em 2005/2006, segundo 4 determinantes de saúde relacionados com comportamentos.

Sexo	Consumo de tabaco	Consumo de álcool em níveis de risco	Alimentação não saudável	Actividade física insuficiente
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Masculino	30,9 (28,7; 33,7)	10,5 (8,9; 12,3)	10,1 (8,6; 11,8)	56,9 (53,9; 59,9)
Feminino	12,7 (11,1; 14,6)	8,1 (6,8; 9,6)	7,0 (5,9; 8,3)	62,7 (59,5; 65,7)
Total	21,4 (20,0; 22,9)	9,2 (8,2; 10,4)	8,5 (7,5; 9,5)	60,0 (57,7; 62,1)

Tabaco: inclui fumadores diários e ocasionais

Consumo de álcool em níveis de risco: inclui consumos de bebidas alcoólicas superiores a 3 copos por dia, no sexo masculino, ou a 2 copos por dia, no sexo feminino

Alimentação não saudável: inclui ausência de consumo de verduras, frutos ou vegetais no dia anterior, ou utilização preferencial de gorduras saturadas na confecção de refeições em casa.

Actividade física insuficiente: inclui actividade física vigorosa inferior a 75 minutos, ou actividade física moderada inferior a 150 minutos na semana anterior, ambas em períodos mínimos de 10 minutos.

Quadro 8: Grupos sócio-demográficos da população com idade igual ou superior a 15 anos residente em Portugal em 2005/2006, onde se verificaram as prevalências mais elevadas de cada um dos 4 determinantes de saúde relacionados com comportamentos

		Actividade física insuficiente	Tabaco	Álcool em níveis de risco	Alimentação não saudável
Sexo		Feminino	Masculino	Masculino	Masculino
Idade	Masculino	65 Anos e +	25-44	45-64	15-24
	Feminino	65 Anos e +	25-44	25-44	15-24
	Ambos	75 Anos e +	15-24	45-64	15-24
Estado Civil	Masculino	Viúvos	Divorciado	Casados (ns)	Solteiros (ns)
	Feminino	Viúvos	Divorciado	Casados	Solteiros (ns)
	Ambos	Viúvos	Divorciado	Casados	Solteiros
Nível de ensino	Masculino	Superior	2º/3º Ciclos	Superior	2º/3º Ciclos
	Feminino	Nenhum	2º/3º Ciclos	2º/3º Ciclos	Secundário
	Ambos	Nenhum	2º/3º Ciclos	2º/3º Ciclos	2º/3º Ciclos
Ocupação	Masculino	Outras ocupações	Desempregados	Desempregados	Outras ocupações
	Feminino	Outras ocupações	Desempregados	Desempregados	Outras ocupações
	Ambos	Outras ocupações	Desempregados	Desempregados	Outras ocupações
Profissão	Masculino	Mais diferenciadas	Menos diferenciadas	Mais diferenciadas	Menos diferenciadas
	Feminino	Mais diferenciadas	Técnicas	Mais diferenciadas	Técnicas
	Ambos	Mais diferenciadas	Técnicas	Mais diferenciadas	Menos diferenciadas
Situação Profissional	Masculino	Conta de outrem	Conta de outrem	Conta própria	Conta de outrem
	Feminino	Conta de outrem	Conta de outrem	Conta de outrem	Conta própria
	Ambos	Conta de outrem	Conta de outrem	Conta de outrem	Conta de outrem

Ns: não significativa

5.1.2.1. Consumo diário, ou ocasional, de tabaco.

Quadro 9: Distribuição por sexo e grupo etário das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, fumadoras diárias ou ocasionais.

Grupo etário (anos)	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
				0,000				0,000				0,000
15-24	210472	31,7	(27,0; 36,7)		122455	19,2	(14,7; 24,7)		332927	25,6	(22,2; 29,2)	
25-44	655566	41,0	(37,2; 44,9)		319607	19,9	(16,8; 23,5)		975173	30,4	(27,8; 33,1)	
45-64	361527	29,2	(26,0; 32,6)		137481	10,2	(7,9; 13,1)		499008	19,3	(17,3; 21,5)	
65-74	67723	14,9	(11,4; 19,2)		9322	1,7	(0,7; 4,1)		77046	7,6	(5,8; 9,8)	
75+	18433	6,2	(3,7; 10,1)		2038	0,4	(0,1; 2,9)		20471	2,6	(1,6; 4,3)	
Total	1313721	30,9	(28,7; 33,7)		590903	12,7	(11,1; 14,6)		1904625	21,4	(20,0; 22,9)	

A prevalência de fumadores, diários ou ocasionais, era de 21,4%, significativamente mais elevada no sexo masculino (30,9%; IC95%: 28,7%; 33,7%) do que no sexo feminino (12,7%; IC95%: 11,1%; 14,6%), facto que se observava sistematicamente em todos os grupos etários (Quadro 9). A prevalência mais elevada desta variável no sexo masculino em relação ao feminino observava-se, aliás, ao longo de todos os quadros de desagregação desta variável (Quadros 9 a 14).

A prevalência deste determinante de saúde era mais elevada no grupo etário 25 a 44 anos (30,4%; IC95%: 27,8%; 33,1%) decrescendo com a idade, até ao valor mínimo observado na classe etária dos 75 e mais anos (2,6%; IC95%: 1,6%; 4,3%). As diferenças eram estatisticamente significativas entre todos grupos etários, excepto entre os 15 a 24 anos e 25 a 44 anos (Quadro 9).

No sexo masculino este padrão manteve-se, mas, embora a prevalência mais elevada tenha sido observada, também, entre os 25 e os 44 anos, o seu valor era significativamente mais elevado do que nos dois grupos etários adjacentes (15 a 24 anos e 45 a 64 anos).

No sexo feminino, a prevalência mais elevada ocorreu, também, entre os 25 e os 44 anos (19,9%; IC95%: 16,8%; 23,5%), e embora este valor diferisse significativamente do observado no grupo etário imediatamente superior (45 a 64 anos), ele não era estatisticamente diferente do observado entre os 15 e os a 24 anos. Também nos dois grupos de idade mais elevados não se observavam prevalências com diferença estatisticamente significativa (Quadro 9).

Quadro 10: Distribuição por sexo e estado civil de facto das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, fumadoras diárias ou ocasionais.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Estado civil	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				0,001				0,000				0,000
Solteiro	429982	27,7	(24,5; 31,2)		166429	12,4	(9,8; 15,5)		596411	20,6	(18,5;23,0)	
Casado / Junto	808071	29,3	(26,6; 32,1)		345769	12,6	(10,6; 14,8)		1153840	20,9	(19,2; 22,8)	
Separado / Divorciado	61976	48,1	(37,0; 59,4)		58792	21,5	(15,0; 29,7)		120768	30,0	(24,0; 36,8)	
Viúvo	16549	16,5	(9,4; 27,3)		19915	3,7	(2,1; 6,5)		36464	5,7	(3,8; 8,5)	
Total	1316578	29,0	(27,0; 31,1)		590904	12,0	(10,5; 13,8)		1907482	20,2	(18,9; 21,6)	

A prevalência mais elevada de fumadores diários ou ocasionais observou-se entre as pessoas separadas de facto, ou divorciadas (30,0%; IC95%: 24,0%; 36,8%), valor significativamente diferente dos valores observados nas restantes categorias da variável

“estado civil” (Quadro 10). A menor prevalência verificou-se entre as pessoas viúvas (5,7%; IC95%: 3,8%; 8,5%) valor significativamente inferior ao das restantes categorias.

As prevalências deste determinante não diferiam de forma estatisticamente significativa entre as pessoas solteiras e as casadas ou que viviam juntas, grupos que revelaram valores muito próximos (20,6% nos solteiros e 20,9% nos casados ou que viviam juntos).

Este padrão era comum em ambos os sexos, embora no masculino o valor da prevalência de fumadores observada no grupo das pessoas separadas ou divorciadas (48,1%; IC95%: 37,0%; 59,4%) fosse o único com diferença estatisticamente significativa em relação aos valores dos restantes grupos, além de ser o mais elevado de todos os valores de prevalência de fumadores diários ou ocasionais observados quando desagregados por sexo e estado civil de facto.

Quadro 11: Distribuição por sexo e nível de ensino mais elevado alcançado, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, fumadoras diárias ou ocasionais.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Nível de Ensino	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
				0,000				0,000				0,000
Nenhum	49906	15,4	(10,7; 21,8)		7993	1,1	(0,4; 2,8)		57899	5,5	(3,9; 7,9)	
1º Ciclo	347319	24,3	(21,2; 27,7)		103960	6,9	(5,1; 9,2)		451278	15,3	(13,4; 17,4)	
2º e 3º Ciclo	584566	35,9	(32,4; 39,6)		238259	16,6	(13,7; 20,0)		822825	26,9	(24,4; 29,4)	
Secundário	183473	28,5	(23,3; 34,2)		131185	20,6	(15,9; 26,3)		314658	24,6	(21,0; 28,6)	
Superior	148510	29,3	(23,9; 35,3)		109507	18,3	(13,6; 24,1)		258018	23,3	(19,6; 27,5)	
Total	1313774	29,0	(27,0; 31,1)		590904	12,0	(10,5; 13,8)		1904678	20,2	(18,9; 21,6)	

A prevalência mais elevada de fumadores diários ou ocasionais foi observada entre as pessoas que tinham como nível de ensino mais elevado o 2º ou 3º ciclo (26,9%; IC95%: 24,4%; 29,4%), embora este valor não fosse significativamente diferente dos valores verificados entre a população que tinha o ensino secundário ou o ensino superior como níveis mais elevados atingidos (Quadro 11). Já as prevalências observadas entre a população que havia atingido apenas o 1º ciclo, ou que não havia atingido nenhum nível de ensino, eram significativamente menores do que as observadas naqueles 3 grupos, sendo a menor observada na população sem nível de ensino (5,5%; IC95%: 3,9% a 7,9%).

No sexo masculino, as diferenças entre os valores da prevalência de fumadores não eram, da mesma forma, estatisticamente significativas entre os 3 níveis de ensino mais elevados, nem entre os dois níveis de ensino mais baixos. A população que atingiu o 1º ciclo de ensino revelava uma prevalência que não diferia significativamente das observadas na população que atingiu o nível de ensino secundário ou o superior (Quadro 11).

No sexo feminino o padrão de distribuição era semelhante, com a diferença de que a prevalência mais elevada de fumadores foi observada entre a população com o nível de ensino secundário (20,6%; IC95%: 15,9%; 26,3%).

A população desempregada revelou prevalências significativamente mais elevadas de fumadores diários ou ocasionais, do que a população nas restantes categorias de ocupação principal, situação observada tanto no sexo masculino como no feminino (Quadro 12).

Nos homens desempregados a prevalência de fumadores diários ou ocasionais atingiu o valor máximo observado entre todas as categorias de desagregação das variáveis de estratificação utilizadas neste trabalho. Este valor, (49,0%; IC95%: 40,5%; 57,6%), apenas foi aproximado pelo verificado no grupo dos homens separados ou divorciados que era de 48,1% (IC95%: 37,0%; 59,4%), (Quadro 12).

Quadro 12: Distribuição por sexo e ocupação principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, fumadoras diárias ou ocasionais.

Ocupação principal	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
				0,000				0,000				0,000
Activo ⁽¹⁾	1018141	36,3	(33,6; 39,2)		450972	14,9	(12,7; 17,3)		1469114	25,2	(23,4; 27,0)	
Desempregado	113940	49,0	(40,5; 57,6)		86590	33,3	(24,8; 43,0)		200530	40,7	(34,4; 47,3)	
Reformado ⁽²⁾	111230	12,7	(10,1; 15,8)		15463	1,6	(0,9; 3,0)		126692	7,0	(5,6; 8,6)	
Estudante ⁽³⁾	62922	10,5	(7,2; 15,1)		35220	5,6	(3,4; 9,0)		98142	8,0	(5,9; 10,7)	
Outras situações	8873	35,2	(16,2; 60,6)		417	1,8	(0,4; 7,5)		9290	19,4	(9,1; 36,6)	
Total	1315106	29,0	(27,0; 31,1)		588662	12,0	(10,5; 13,8)		1903768	20,2	(18,9; 21,6)	

⁽¹⁾ Inclui donas de casa; ⁽²⁾ Inclui pessoas reformadas ou permanentemente incapacitadas; ⁽³⁾ Inclui estagiários não remunerados

p: valor da significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao e Scott.

O segundo valor mais elevado da prevalência de fumadores diários ou ocasionais verificou-se entre as pessoas activas, tanto no sexo masculino como no sexo feminino, se bem que os homens tenham revelado, novamente, uma frequência mais elevada.

A menor prevalência observou-se entre os reformados: 7,0% (IC95%: 5,6%;8,6%), sem diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo dos estudantes, situação semelhante à observada no sexo feminino (reformadas 1,6% (IC95%: 0,9%; 3,0%).

Ao invés, no sexo masculino a menor prevalência observou-se entre os estudantes, com 10,5% (IC95%: 7,2%; 15,1), valor sem diferença estatisticamente significativa para o grupo dos reformados (Quadro 12).

Nos quatro grupos profissionais estudados, a prevalência populacional mais elevada de fumadores diários ou ocasionais observou-se no grupo 2 que inclui as profissões técnicas e profissionais de nível intermédio, o pessoal administrativo e similar e o pessoal dos

serviços e os vendedores, se bem que a diferença em relação aos restantes grupos profissionais não se tenha revelado estatisticamente significativa (Quadro 13).

Quadro 13: Distribuição por sexo e profissão principal agrupada, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, fumadoras diárias ou ocasionais.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
	0,014				0,000				0,015			
Grupo 1	170163	25,2	(20,4; 30,7)		86143	17,9	(13,6; 23,2)		256306	22,1	(18,7; 26,0)	
Grupo 2	322199	35,0	(30,9; 39,3)		289854	21,1	(17,8; 24,8)		612053	26,7	(24,0; 29,4)	
Grupo 3	604414	32,0	(29,0; 35,2)		62078	6,1	(3,9; 9,4)		666492	23,0	(20,6; 25,5)	
Grupo 4	145955	37,5	(30,3; 45,4)		56318	8,7	(6,0; 12,4)		202273	19,5	(16,1; 23,5)	
Total	1242731	32,1	(29,8; 34,4)		494393	14,1	(12,1; 16,3)		1737124	23,5	(21,9; 25,1)	

Grupo 1: Inclui Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas; Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas e Militares de profissão.

Grupo 2: Inclui Profissões Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo e Similar e Pessoal dos Serviços e Vendedores.

Grupo 3: Inclui Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas, Operários, Artífices e Trabalhadores similares e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.

Grupo 4: Trabalhadores não qualificados

Esta situação não se verificava da mesma forma em cada um dos sexos. De facto, no sexo masculino, a prevalência mais elevada ocorria entre os trabalhadores não qualificados (grupo nº4) com 37,5% (IC95%: 30,3%; 45,4%), embora sem diferença estatisticamente significativa relativamente aos restantes grupos profissionais.

Já no sexo feminino, a prevalência mais elevada ocorreu no grupo 2, que inclui profissões mais diferenciadas, embora sem diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo 1. No entanto, a diferença entre as prevalências destes dois grupos, em relação às observadas nos dois grupos de profissões menos diferenciadas (grupos 3 e 4) era

estatisticamente significativa, sendo estes dois últimos os grupos com as menores prevalências, as quais não se revelaram estatisticamente diferentes entre si (Quadro 13).

Em cada grupo profissional, o sexo masculino revelou sempre prevalências mais elevadas do que o sexo feminino.

O grupo dos trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores para familiares sem pagamento, revelou uma prevalência de fumadores, diários e ocasionais, significativamente superior à verificada no grupo dos trabalhadores por conta própria e empregadores, situação verificada, igualmente, em cada um dos sexos (Quadro 14).

Em cada tipo de situação perante a profissão principal, a prevalência nos homens era significativamente superior à observada nas mulheres.

Quadro 14: Distribuição, por sexo e situação na profissão principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, fumadoras diárias ou ocasionais.

Situação na profissão principal	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
				,000				,000				,000
Grupo 1	1037976	34,5	(31,9; 37,2)		447747	16,0	(13,7; 18,6)		1485723	25,6	(23,8; 27,5)	
Grupo 2	203078	23,6	(19,6; 28,2)		40191	5,6	(3,5; 8,7)		243269	15,4	(12,9; 12,9)	
Total	1241054	32,1	(29,9; 34,5)		487938	13,9	(12,0; 16,1)		1728992	23,4	(21,9; 25,1)	

Grupo 1: Inclui trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores para familiares sem pagamento.

Grupo 2: Inclui trabalhadores por conta própria e empregadores.

5.1.2.2. Actividade física insuficiente

Quadro 15: Distribuição, por sexo e grupo etário, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde.

Grupo etário (anos)	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
				0,000				0,000				0,000
15-24	326209	53,0	(47,2; 58,7)		422350	66,7	(60,8; 72,1)		748559	59,9	(55,8; 64,0)	
25-44	725662	47,7	(42,9; 52,6)		876483	55,5	(50,6; 60,3)		1602145	51,7	(48,2; 55,1)	
45-64	726719	60,5	(56,2; 64,7)		757971	58,2	(53,7; 62,6)		1484690	59,3	(56,2; 62,4)	
65-74	288260	68,6	(62,7; 74,0)		387263	72,6	(67,2; 77,5)		675523	70,9	(66,9; 74,5)	
75+	219770	84,7	(78,9; 89,0)		351943	85,3	(80,4; 89,1)		571713	85,0	(81,4; 88,1)	
Total	2286620	56,9	(53,9; 59,9)		2796010	62,7	(59,5; 65,7)		5082630	60,0	(57,7; 62,6)	

A prevalência global de actividade física insuficiente para resultar em benefícios para a saúde observada neste trabalho era de 60,0%, sendo mais elevada no sexo feminino do que no masculino (sexo feminino: 62,7%; sexo masculino: 56,9%), embora a diferença não fosse estatisticamente significativa. Apenas no grupo etário entre os 15 e os 24 anos a prevalência no sexo feminino era significativamente superior à observada no sexo masculino (Quadro 15).

Globalmente, a prevalência deste determinante de saúde era significativamente mais elevada nos grupos etários acima dos 65 anos face aos restantes grupos etários, o que se verificou, também, quer no sexo masculino quer no feminino, embora neste último o grupo mais jovem tenha revelado uma prevalência que não era estatisticamente diferente da verificada aos grupos etários mais idosos.

A prevalência decrescia com a idade até ao grupo 25 a 44 anos, onde revelava o menor valor, com diferença estatisticamente significativa em relação aos restantes grupos de idade. Os 2 grupos etários mais idosos tinham prevalências significativamente mais elevadas do que os restantes grupos.

Quadro 16: Distribuição por sexo e estado civil de facto das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde.

Estado civil	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
	0,000				0,000				0,000			
Solteiro	613905	52,8	(48,2; 57,4)		702085	67,5	(62,1; 72,5)		1315990	59,7	(56,2; 63,2)	
Casado / Junto	1522493	57,7	(54,2; 61,0)		1552986	58,0	(54,4; 61,6)		3075479	57,8	(55,3; 60,3)	
Separado / Divorciado	70220	59,6	(47,9; 70,4)		163332	61,1	(52,1; 69,5)		233552	60,7	(53,5; 67,5)	
Viúvo	80001	84,1	(72,0; 91,6)		377608	79,0	(73,8; 83,5)		457609	79,9	(75,2; 83,9)	
Total	2286619	56,9	(53,9; 59,9)		2796011	62,7	(59,5; 65,7)		5082630	60,0	(57,7; 62,1)	

A população viúva revelou prevalências de actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde significativamente mais elevadas do que a população com outra situação de estado civil, facto verificado em ambos os sexos (Quadro 16). O valor mais elevado da estimativa pontual verificou-se entre os homens viúvos (84,1%; IC95%: 72,0%; 91,6%), embora a diferença para as mulheres viúvas não tenha sido significativa.

O menor valor deste determinante verificou-se entre as pessoas casadas ou vivendo juntas, com uma prevalência de 57,8% (IC95%: 55,3%; 60,3%), embora sem diferença estatisticamente significativa em relação aos restantes grupos, o mesmo se observando no

sexo feminino. Nos homens, a menor prevalência ocorreu entre os solteiros, embora sem diferença significativa relativamente aos casados/junto ou aos separados/divorciados.

Quadro 17: Distribuição, por sexo e nível de ensino máximo alcançado, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Nível de Ensino	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
	0,000				0,000				0,000			
Nenhum	180224	67,9	(59,6; 75,3)		473982	74,1	(69,1; 78,6)		654206	72,3	(68,0; 76,2)	
1º Ciclo	727792	56,3	(51,8; 60,8)		777111	55,7	(51,2; 60,1)		1504903	56,0	(52,8; 59,2)	
2º e 3º Ciclo	659874	48,9	(44,5; 53,4)		703726	57,9	(52,8; 62,9)		1363600	53,2	(49,8; 56,6)	
Secundário	376188	61,6	(54,6; 68,2)		402029	65,3	(59,0; 71,0)		778217	63,5	(58,8; 67,9)	
Superior	338453	68,6	(61,0; 75,4)		439162	73,6	(67,6; 78,9)		777615	71,4	(66,7; 75,7)	
Total	2282531	56,9	(53,9; 59,9)		2796010	62,7	(59,5; 65,7)		507851	60,0	(57,8; 62,1)	

Na distribuição por nível de instrução máximo atingido, a prevalência mais elevada de actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde observou-se entre as pessoas que declararam não possuir nenhum nível de instrução, 72,3% (IC95%: 68,0%; 76,2%), embora este valor não fosse significativamente diferente do observado na população com nível de instrução superior, 71,4% (IC95%: 66,7%; 75,7%) (Quadro 17). Este padrão diferia entre os sexos, já que enquanto no sexo masculino a prevalência mais elevada foi observada na população com ensino superior, 68,6% (IC95%: 61,0%; 75,4%), no sexo feminino ela foi observada na população sem nível de ensino 74,1% (IC95%: 69,1%; 78,6%).

A menor prevalência de actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde verificou-se entre as pessoas que atingiram o 2º ou 3º Ciclo de ensino (53,2%; IC95%:

49,8%; 56,6%), sem diferença estatisticamente significativa em relação ao verificado na população com o 1º Ciclo de ensino, situação também verificada no sexo masculino, sendo esta última a população com a menor prevalência de sedentarismo (48,9%; IC95%: 44,5%; 53,4%).

Já na população feminina, a menor prevalência ocorreu entre as mulheres com apenas o 1º ciclo de ensino, com 55,7% (IC95%: 51,2%; 60,1%) valor sem diferença estatisticamente significativa para os verificados entre a população que declarou ter o 2º ou 3º ciclo, ou o ensino secundário (Quadro 17).

Quadro 18: Distribuição por sexo e ocupação principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Ocupação principal	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
	0,000				0,000				0,000			
Activo ⁽¹⁾	1290348	47,9	(44,1; 51,7)		1674717	56,0	(52,3; 59,7)		296505	52,2	(49,5; 54,8)	
Desempregado	182329	81,0	(72,3; 87,4)		172382	67,7	(58,1; 76,0)		354711	73,9	(67,4; 79,5)	
Reformado ⁽²⁾	603093	78,9	(74,9; 82,5)		647918	78,7	(74,3; 82,5)		1251011	78,8	(75,9; 81,5)	
Estudante ⁽³⁾	188528	61,3	(52,7; 69,2)		267864	74,9	(67,8; 80,8)		456392	68,6	(63,1; 73,6)	
Outras situações	17478	85,8	(59,3; 96,2)		21549	99,2	(94,1; 99,9)		39027	92,7	(77,7; 97,9)	
Total	2281776	56,9	(53,8; 59,9)		2784430	62,6	(59,5; 65,7)		5066206	59,9	(57,7; 62,1)	

⁽¹⁾ Inclui donas de casa; ⁽²⁾ Inclui pessoas reformadas ou permanentemente incapacitadas; ⁽³⁾ Inclui estagiários não remunerados

p: valor da significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao e Scott.

A prevalência mais elevada de actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde observou-se entre as pessoas com “outras situações” de ocupação que não as tipificadas

neste trabalho, (92,7%; IC95%: 77,7%; 97,9%). Esta situação foi observada igualmente num e noutro sexo, sem diferença estatisticamente significativa (Quadro 18).

O menor valor observou-se no grupo das pessoas “activas” (52,2%; IC95%: 49,5%; 54,8%), valor significativamente inferior aos dos restantes grupos de ocupação (Quadro 18). Esta situação era mais nítida no sexo masculino, onde se observou a menor prevalência, com 47,9% (IC95%: 44,1%; 51,7%), valor significativamente menor do que os valores observados em todos os outros grupos de ocupação, em ambos os sexos. Já no sexo feminino, os grupos com ocupação “activa” e “desempregada” revelaram as menores prevalências, sem diferença estatisticamente significativa entre si.

Quadro 19: Distribuição por sexo e profissão principal agrupada, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95 %), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
	0,000				0,002				0,000			
Grupo 1	431335	65,4	(58,6; 71,6)		342429	71,7	(64,6; 77,9)		773764	68,0	(63,2; 72,6)	
Grupo 2	560312	63,1	(58,1; 67,9)		810613	59,9	(54,9; 64,7)		1370925	61,2	(57,6; 64,7)	
Grupo 3	894799	50,7	(46,5; 54,9)		573657	60,6	(55,4; 65,6)		1468456	54,2	(50,9; 57,4)	
Grupo 4	185150	51,4	(43,6; 59,0)		336398	55,1	(49,1; 60,9)		521548	53,7	(49,0; 58,4)	
Total	2071596	56,4	(53,3; 59,5)		2063097	60,9	(57,3; 64,4)		4134693	58,6	(56,2; 60,9)	

Grupo 1: Inclui Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas; Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas e Militares de profissão.

Grupo 2: Inclui Profissões Técnicas, e Profissionais de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo e similares e Pessoal dos Serviços e Vendedores.

Grupo 3: Inclui Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas, Operários, Artífices e Trabalhadores similares e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.

Grupo 4: Trabalhadores não qualificados

O grupo de profissões mais diferenciadas (Grupo 1) que incluiu quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas, especialistas de profissões intelectuais e científicas e militares de profissão, revelou a prevalência mais elevada de actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, com 68,0%, (IC95%: 63,2%; 72,6%), situação observada igualmente em qualquer dos sexos (Quadro 19). No entanto, esta prevalência não era significativamente diferente da observada no grupo profissional 2 que incluiu profissões técnicas e profissionais de nível intermédio, pessoal administrativo e similares e pessoal dos serviços e vendedores.

A menor prevalência foi registada entre os trabalhadores não qualificados (grupo 4) com 53,7% (IC95%: 49,0%; 58,4%), embora sem diferença significativa em relação aos grupos 2 e 3 (Quadro 19). Também no sexo masculino a menor prevalência foi observada neste grupo, embora sem diferença significativa para nenhum dos outros grupos de profissões. No sexo feminino foram de novo as trabalhadoras não qualificadas aquelas com menor prevalência de actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, com diferença significativa apenas em relação ao grupo de trabalhadoras mais diferenciadas (Quadro 19).

Quadro 20: Distribuição, por sexo e situação na profissão principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde.

Profissão principal	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
				0,031				0,887				0,144
Grupo 1	1645255	57,6	(54,3; 60,8)		1655540	61,0	(57,0; 64,8)		3300795	59,2	(56,7; 61,7)	
Grupo 2	418105	51,8	(46,5; 57,1)		407830	61,4	(55,3; 67,3)		825935	56,1	(52,1; 60,1)	
Total	2063360	56,3	(53,2; 59,4)		2063370	61,1	(57,5; 64,5)		4126730	58,6	(56,2; 60,9)	

Grupo 1: Inclui trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores para familiares sem pagamento.

Grupo 2: Inclui trabalhadores por conta própria e empregadores.

Embora os trabalhadores por conta de outrem tenham revelado uma prevalência mais elevada de actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde (59,2%; IC95%: 56,7%; 61,7%), a situação na profissão principal não surgiu associada à prevalência daquele determinante ($p=0,144$), o mesmo se verificando no sexo feminino ($p=0,887$), mas não no sexo masculino ($p=0,031$) e (Quadro 20).

5.1.2.3. Alimentação não saudável

Quadro 21: Distribuição, por sexo e grupo etário, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com alimentação não saudável.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Grupo etário (anos)	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				0,000				0,009				0,000
15-24	90444	14,0	(10,8; 18,0)		69261	11,3	(8,1; 15,5)		159705	12,7	(10,4; 15,5)	
25-44	184304	11,9	(9,6; 14,7)		110658	7,0	(5,2; 9,3)		294962	9,4	(7,9; 11,2)	
45-64	101220	8,3	(6,3; 10,7)		69590	5,2	(3,9; 7,0)		170810	6,7	(5,5; 8,1)	
65-74	22474	4,9	(2,7; 8,8)		39034	6,9	(4,8; 9,9)		61508	6,1	(4,4; 8,3)	
75+	22696	7,6	(5,0; 11,6)		30344	6,3	(4,0; 10,0)		53040	6,8	(4,9; 9,4)	
Total	421138	10,1	(8,6; 11,8)		318887	7,0	(5,9; 8,3)		740025	8,5	(7,5; 9,5)	

A alimentação não saudável era significativamente mais frequente na população masculina (10,1%; IC95%: 8,6%; 11,8%), face à feminina (7,0%; IC95%: 5,9%; 8,3%), (Quadro 21).

Era entre a população masculina mais jovem, com 15 a 24 anos de idade, que este determinante era, também, mais frequente (14,0%; IC95%: 10,8%; 18,0%), situação

similar à observada na população feminina em que a prevalência neste grupo etário era de 11,3% (IC95%: 8,1%; 15,5%).

Com excepção da comparação do grupo etário mais jovem com o grupo etário 45 a 64 anos, as diferenças na prevalência deste determinante entre os grupos etários não eram estatisticamente significativas em nenhum dos sexos.

Quadro 22: Distribuição por sexo e <u>estado civil</u> de facto das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com <u>alimentação não saudável</u> .												
	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Estado civil	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				0,092				0,516				0,082
Solteiro	145379	11,9	(9,5; 14,9)		82423	8,0	(5,8; 10,8)		227802	10,1	(8,4; 12,1)	
Casado / Junto	257732	9,4	(7,8; 11,4)		179865	6,6	(5,3; 8,1)		437597	8,0	(6,9; 9,2)	
Separado / Divorciado	13356	10,7	(6,1; 18,1)		14479	5,4	(2,7; 10,5)		27835	7,0	(4,5; 10,9)	
Viúvo	4670	4,7	(2,0; 10,6)		42121	7,9	(5,4; 11,3)		46791	7,4	(5,2; 10,3)	
Total	421137	10,1	(8,6; 11,8)		318888	7,0	(5,9; 8,3)		740025	8,5	(7,5; 9,5)	

Foi entre a população solteira que se verificou a prevalência mais elevada de alimentação não saudável com 10,1% (IC95%: 8,4%; 12,1%), embora a diferença não fosse significativa em comparação com a população com outras situações de estado civil, facto observado igualmente em cada um dos sexos (Quadro nº22). Refira-se que foi na população masculina solteira que se observou a prevalência mais elevada, com 11,9% (IC95%: 9,5%; 14,9%).

Quadro 23: Distribuição, por sexo e nível de ensino máximo alcançado, das estimativas na população com idade igual ou superior a 15 anos, do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%) de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com alimentação não saudável.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Nível de Ensino	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
				0,114				0,008				0,002
Nenhum	32148	10,3	(6,8; 15,3)		64119	9,0	(6,8; 12,0)		96267	9,4	(7,5; 11,9)	
1º Ciclo	116813	8,7	(6,7; 11,2)		67657	4,7	(3,5; 6,2)		184470	6,6	(5,4; 8,0)	
2º e 3º Ciclo	175614	12,6	(9,9; 15,9)		97652	8,0	(6,0; 10,6)		273266	10,4	(8,7; 12,5)	
Secundário	61245	9,9	(6,7; 14,3)		58121	9,6	(6,4; 14,1)		119366	9,7	(7,4; 12,7)	
Superior	35318	7,2	(4,2; 12,1)		31338	5,4	(3,1; 9,1)		66656	6,2	(4,2; 9,0)	
Total	421138	10,1	(8,7; 11,8)		318887	7,0	(5,9; 8,3)		740025	8,5	(7,5; 9,5)	

Foi entre a população com o 2º ou 3º ciclos de ensino que se observou a prevalência mais elevada de alimentação não saudável (10,4%; IC95%: 8,7%; 12,5%), situação que também se verificava entre população masculina, mas não na feminina em que o valor mais elevado se observava no nível de ensino secundário (Quadro 23).

A frequência mais reduzida de alimentação não saudável observou-se na população com nível de ensino superior (6,2%; IC95%: 4,2%; 9,0%), facto que se verificou, também, na população masculina, enquanto na população feminina essa posição coube ao grupo com o 1º ciclo de ensino. Na população do sexo masculino, as diferenças de prevalência deste determinante não eram significativamente diferentes entre os vários níveis de ensino.

Quadro 24: Distribuição por sexo e ocupação principal, das estimativas na população com 15 e mais anos de idade, do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com alimentação não saudável.

Ocupação principal	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
	0,004				0,847				0,010			
Activo ⁽¹⁾	289318	10,6	(8,8; 12,6)		216139	7,2	(5,9; 8,8)		505457	8,8	(7,7; 10,1)	
Desempregado	16602	7,4	(3,7; 14,3)		15563	6,1	(2,9; 12,2)		32165	6,7	(4,1; 10,9)	
Reformado ⁽²⁾	58880	6,8	(4,8; 9,4)		57350	6,1	(4,4; 8,5)		116230	6,4	(5,1; 8,1)	
Estudante ⁽³⁾	51947	16,6	(11,7; 23,1)		27411	7,9	(4,7; 12,9)		79358	12,0	(8,9; 15,9)	
Outras situações	3784	18,6	(4,9; 50,1)		2424	10,7	(2,3; 37,4)		6208	14,4	(5,3; 33,6)	
Total	420531	10,1	(8,6; 11,8)		318887	7,0	(5,9; 8,3)		739418	8,5	(7,5; 9,5)	

⁽¹⁾ Inclui donas de casa; ⁽²⁾ Inclui pessoas reformadas ou permanentemente incapacitadas; ⁽³⁾ Inclui estagiários não remunerados

p: valor da significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao e Scott.

A população com “outras situações” ocupacionais revelou a maior prevalência de alimentação não saudável (14,4%; IC95%: 5,3%; 33,6%), (Quadro 24). Os únicos grupos populacionais que revelaram uma diferença estatisticamente significativa entre si eram a população reformada, onde se observou a menor prevalência deste factor (6,4%; IC95%: 5,1%; 8,1%) e a população estudantil, com o segundo valor mais elevado (12,0%; IC95%: 8,9%; 15,9%). Este padrão ocorreu na população masculina e na feminina.

Na população masculina, a única diferença estatisticamente significativa foi observada entre as prevalências da população estudantil, a segunda mais elevada (16,6%; IC95%: 11,7%; 23,1%), e a população reformada (6,8%; IC95%: 4,8%; 9,4%), a menor entre todos os grupos populacionais. Por outro lado, na população feminina, a população estudantil revela uma prevalência de alimentação não saudável de 7,9% (IC95%: 4,7%; 12,9%) significativamente maior do que a verificada na população reformada (6,1%; IC95%: 4,4%; 8,5%).

Quadro 25: Distribuição por sexo e profissão principal agrupada, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com alimentação não saudável.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
	0,021				0,307				0,101			
Grupo 1	34760	5,3	(3,2; 8,5)		28493	6,0	(3,5; 10,1)		63253	5,5	(3,9; 7,9)	
Grupo 2	77252	8,6	(6,3; 11,7)		110290	8,1	(6,0; 10,9)		187542	8,3	(6,7; 10,3)	
Grupo 3	200153	10,7	(8,6; 13,3)		60128	6,0	(4,4; 8,3)		260281	9,1	(7,5; 10,9)	
Grupo 4	46466	12,3	(8,3; 17,7)		34107	5,3	(3,4; 8,3)		80573	7,9	(5,9; 10,6)	
Total	358631	9,4	(8,0; 11,1)		233018	6,7	(5,5; 8,2)		591659	8,1	(7,2; 9,2)	

Grupo 1: Inclui Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas; Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas e Militares de profissão.

Grupo 2: Inclui Profissões Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo e Similares e Pessoal dos Serviços e Vendedores.

Grupo 3: Inclui Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas, Operários, Artífices e Trabalhadores similares e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.

Grupo 4: Trabalhadores não qualificados.

A prevalência de alimentação não saudável não revelou diferenças estatisticamente significativas ($p=0,101$) entre os 4 grupos profissionais em estudo (Quadro 25). O grupo de trabalhadores qualificados (grupo 3) revelou a prevalência mais elevada e o grupo de profissões mais diferenciadas (grupo 1) a mais baixa (Quadro 25).

Na população feminina os valores da prevalência eram novamente homogéneos ($p=0,307$), embora o valor mais elevado pertencesse ao grupo profissional 2 que incluí profissões técnicas, profissionais de nível intermédio, pessoal administrativo e similares e pessoal dos serviços e vendedores, enquanto o valor mais baixo se encontrou no grupo 4, que incluiu os trabalhadores não qualificados.

Na população masculina, a distribuição de prevalências deste determinante de saúde não era homogénea ($p=0,021$) sendo que o valor mais elevado se observava entre os

trabalhadores não qualificados enquanto o menor ocorria entre as profissões mais diferenciadas.

Quadro 26: Distribuição, por sexo e situação na profissão principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com alimentação não saudável.

Profissão principal	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
				0,335				0,765				0,584
Grupo 1	291440	9,9	(8,8; 11,8)		182532	6,6	(5,3; 8,3)		473972	8,3	(7,2; 9,6)	
Grupo 2	69828	8,3	(5,8; 11,5)		50487	7,1	(5,0; 9,9)		120315	7,7	(6,0; 9,8)	
Total	361268	9,5	(8,1; 11,2)		233019	6,7	(5,5; 8,2)		594286	8,2	(7,2; 9,3)	

Grupo 1: Inclui trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores para familiares sem pagamento.

Grupo 2: Inclui trabalhadores por conta própria e empregadores.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na prevalência de alimentação não saudável face à situação na profissão principal (qui-quadrado de Rao e Scott: F ajustado=0,301; p=0,584), situação verificada na população masculina e na feminina (Quadro 26). Apesar dessa homogeneidade, o valor mais elevado observou-se entre a população masculina por conta de outrem e o mais baixo entre a população feminina, também por conta de outrem.

5.1.2.4. Consumo de risco de bebidas alcoólicas

O consumo de risco de bebidas alcoólicas afectava 9,2% da população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos (IC95%: 8,2%; 10,4%) não sendo homogéneos os valores entre os diversos grupos etários (Quadro 27). O valor mais elevado verificou-se no

grupo etário 45 a 64 anos com 12,2% (IC95%: 10,4%; 14,2%) e o menor no grupo etário de 75 anos e mais com 2,9% (IC95%: 1,7%; 4,8%).

Quadro 27: Distribuição, por sexo e grupo etário, das estimativas do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com consumo de risco de bebidas alcoólicas

Grupo etário (anos)	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
				0,000				0,000				0,000
15-24	24821	3,7	(2,1; 6,6)		22504	3,5	(1,9; 6,5)		47326	3,6	(2,4; 5,5)	
25-44	205234	12,8	(9,8; 16,6)		176275	11,0	(8,5; 14,0)		381509	11,9	(9,9; 14,2)	
45-64	176800	14,3	(11,6; 17,3)		137777	10,2	(8,0; 13,1)		314577	12,2	(10,4; 14,2)	
65-74	31782	7,0	(4,7; 10,3)		24480	4,4	(2,7; 6,9)		56261	5,5	(4,1; 7,5)	
75+	9725	3,3	(1,7; 6,3)		12860	2,7	(1,3; 5,4)		22585	2,9	(1,7; 4,8)	
Total	448362	10,5	(8,9; 12,3)		373896	8,1	(6,8; 9,6)		822258	9,2	(8,2; 10,4)	

A população masculina revelou uma prevalência superior à verificada na população feminina, embora sem diferença estatisticamente significativa. Em ambas as populações a prevalência deste determinante não era homogênea entre os diversos grupos etários.

Na população masculina, o valor mais elevado de consumo de risco de bebidas alcoólicas observou-se no grupo etário 45 a 64 anos com 14,3% (IC95%: 11,6%; 17,3%), enquanto na feminina o valor mais elevado se verificou no grupo etário imediatamente anterior, 25 a 44 anos, com 11,0% (IC95%: 8,5%; 14,0%).

O menor valor de prevalência deste determinante de saúde verificou-se na população idosa (grupo etário com 75 anos e mais de idade), tanto entre as mulheres (2,7%; IC95%: 1,3%; 5,4%), como nos homens (3,3%; IC95%: 1,7%; 6,3%).

Quadro 28: Distribuição por sexo e estado civil de facto das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com consumo de risco de bebidas alcoólicas.

Estado civil	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
	0,000				0,000				0,000			
Solteiro	58123	2,7	(1,7; 4,3)		65267	3,5	(2,3; 5,2)		123389	3,1	(2,3; 4,2)	
Casado / Junto	369410	13,4	(11,3; 15,8)		264825	9,6	(8,0; 11,6)		634236	11,5	(10,1; 13,0)	
Separado / Divorciado	12385	9,5	(5,0; 17,6)		29954	10,9	(6,2; 18,5)		42339	10,5	(6,7; 16,0)	
Viúvo	8444	8,4	(3,8; 17,6)		14108	2,6	(1,4; 4,9)		22552	3,5	(2,1; 5,7)	
Total	448362	8,8	(7,5; 10,3)		374154	6,9	(5,8; 8,2)		822516	7,8	(6,9; 8,8)	

A distribuição da prevalência deste determinante de saúde na população, de acordo com o estado civil, não se revelou homogénea ($p=0,000$), o mesmo se verificando em cada sexo (Quadro 28). O valor mais elevado observou-se entre os casados ou vivendo juntos (11,5%; IC95%: 10,1%; 13,0%), sem diferença significativa em relação à população separada ou divorciada, e o menor valor entre os viúvos, sem diferença significativa em relação à população solteira.

Os valores mais elevados verificaram-se, entre os homens, naqueles casados, ou vivendo juntos, (13,4%; IC95%: 11,3%; 15,8%), e, nas mulheres, nas separadas ou divorciadas (10,9%; IC95%: 6,2%; 18,5%). Os menores valores verificaram-se na população masculina solteira com 2,7% (IC95%: 1,7% a 4,3%) e entre as mulheres viúvas, com 2,6% (IC95% 1,4%; 4,9%).

Quadro 29: Distribuição, por sexo e nível de ensino máximo alcançado, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com consumo de risco de bebidas alcoólicas.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Nível de Ensino	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
				0,000				0,001				0,000
Nenhum	25563	2,3	(1,3; 3,8)		22134	3,0	(1,7; 5,2)		47696	2,6	(1,7; 3,7)	
1º Ciclo	88653	5,4	(4,0; 7,3)		159507	10,2	(8,0; 12,9)		248160	7,7	(6,4; 9,3)	
2º e 3º Ciclo	139621	9,7	(7,5; 12,5)		173562	10,6	(8,2; 13,6)		313184	10,2	(8,5; 12,2)	
Secundário	49014	7,7	(4,9; 11,8)		50976	7,9	(5,4; 11,5)		99990	7,8	(5,8; 10,4)	
Superior	71303	11,9	(7,8; 17,6)		42183	8,3	(5,4; 12,5)		113486	10,2	(7,5; 13,8)	
Total	374154	6,9	(5,8; 8,2)		448362	8,8	(7,5; 10,3)		822516	7,8	(6,9; 8,8)	

Na distribuição por nível máximo de ensino atingido, a prevalência mais elevada de consumo de risco de bebidas alcoólicas verificou-se nas populações com o 2º e 3º ciclos e com ensino superior, com prevalências de 10,2%, (Quadro 29). A única diferença significativa observou-se em relação à população sem escolaridade que tinha a menor prevalência (2,6%; IC95%: 1,7%; 3,7%).

Esse mesmo padrão pôde observar-se entre a população feminina, enquanto na masculina, a prevalência mais elevada foi observada no grupo com nível superior de ensino (11,9%; IC95%: 7,8%; 17,6%) e a menor no grupo sem nível de ensino (2,3%; IC95%: 1,3%; 3,8%). Este foi, novamente, o único grupo etário que revelou uma prevalência significativamente diferente dos restantes (Quadro 29).

Quadro 30: Distribuição por sexo e ocupação principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, com consumo de risco de bebidas alcoólicas

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Ocupação principal	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
	0,000				0,000				0,000			
Activo ⁽¹⁾	358461	12,8	(10,7; 15,2)		288314	9,5	(7,8; 11,5)		646775	11,1	(9,7; 12,6)	
Desempregado	34728	14,9	(9,2; 23,3)		30355	11,7	(6,6; 19,7)		65083	13,2	(9,2; 18,6)	
Reformado ⁽²⁾	46677	5,3	(3,7; 7,6)		44453	4,7	(3,2; 6,8)		91130	5,0	(3,9; 6,5)	
Estudante ⁽³⁾	6599	0,8	(0,2; 3,1)		5589	0,7	(0,3; 1,7)		12188	0,8	(0,3; 1,7)	
Outras situações	1710	0,4	(0,1; 3,1)		238	0,1	(0,0; 0,5)		1948	0,3	(0,0; 1,5)	
Total	448175	8,8	(7,5; 10,3)		368949	6,8	(5,7; 8,1)		817124	7,8	(6,9; 8,7)	

⁽¹⁾ Inclui donas de casa; ⁽²⁾ Inclui pessoas reformadas ou permanentemente incapacitadas; ⁽³⁾ Inclui estagiários não remunerados

p: valor da significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao e Scott.

A população desempregada revelou a prevalência mais elevada de consumo de risco de bebidas alcoólicas (13,2%; IC95%: 9,2%; 18,6%), sem diferença estatisticamente significativa para o verificado na população activa (Quadro 30). Foi igualmente neste grupo de ocupação que se observaram os valores mais elevados de prevalência na população de qualquer dos sexos, novamente sem diferença para a população activa. O valor mais elevado foi observado no sexo masculino com 14,9% (IC95%: 9,2%; 23,3%).

O menor valor, 0,3% (IC95%: 0,0; 1,5%), verificou-se entre a população com outras ocupações, sem diferença estatisticamente significativa quando comparado com o observado na população estudantil. A população reformada revelou um valor de prevalência intermédio entre estes dois grupos (5,0%; IC95%: 3,9%; 6,5%). Este padrão foi observado na população de um e de outro sexo.

Quadro 31: Distribuição, por sexo e profissão principal agrupada, das estimativas do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), na população com idade igual ou superior a 15 anos, residente em Portugal em 2005/2006, com consumo de risco de bebidas alcoólicas.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
	0,563				0,005				0,065			
Grupo 1	86717	12,8	(9,1; 17,8)		74258	15,4	(10,3; 22,4)		160975	13,9	(10,7; 17,9)	
Grupo 2	86736	9,4	(6,8; 12,8)		137937	10,0	(7,7; 13,0)		224672	9,8	(8,0; 11,9)	
Grupo 3	223280	11,8	(9,4; 14,8)		63568	6,3	(4,1; 9,5)		286848	9,9	(8,1; 12,1)	
Grupo 4	43228	11,1	(7,1; 17,1)		48260	7,5	(5,0; 11,0)		91488	8,8	(6,6; 11,8)	
Total	439961	11,4	(9,6; 13,4)		324023	9,2	(7,6; 11,1)		763984	10,3	(9,1; 11,7)	

Grupo 1: Inclui Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas; Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas e Militares de profissão.

Grupo 2: Inclui Profissões Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo e Similares e Pessoal dos Serviços e Vendedores.

Grupo 3: Inclui Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas, Operários, Artífices e Trabalhadores similares e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.

Grupo 4: Trabalhadores não qualificados.

Nos 4 grupos profissionais estudados, a prevalência mais elevada de consumo de risco de bebidas alcoólicas observava-se no grupo de profissões mais diferenciadas (13,9%; IC95%: 10,7%; 17,9%) (Quadro 31). Este valor não era, no entanto, significativamente diferente do observado nos restantes grupos profissionais, não se podendo rejeitar a hipótese de homogeneidade da distribuição ($p=0,065$).

Na população masculina, as prevalências deste determinante eram elevadas em quase todos os grupos profissionais, sem diferença significativa entre si. O grupo 2 revelava o menor valor.

Por outro lado, na população feminina, os dois grupos profissionais mais diferenciados revelaram as prevalências mais elevadas, sem diferença significativa em relação aos

restantes, excepto o grupo 3 com uma prevalência significativamente menor que o grupo de profissões mais diferenciadas.

Quadro 32: Distribuição, por sexo e situação na profissão principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residente em Portugal em 2005/2006, com consumo de risco de bebidas alcoólicas.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				0,421				0,096				0,796
Grupo 1	333002	11,1	(9,2; 13,2)		277002	9,9	(8,1; 12,0)		610004	10,5	(9,2; 12,0)	
Grupo 2	109039	12,7	(9,3; 17,1)		51394	7,1	(4,9; 10,3)		160433	10,2	(8,0; 12,9)	
Total	442041	11,4	(9,7; 13,4)		328396	9,3	(7,8; 11,2)		770437	10,4	(9,2; 11,8)	

Grupo 1: Inclui trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores para familiares sem pagamento.

Grupo 2: Inclui trabalhadores por conta própria e empregadores.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no consumo de risco de bebidas alcoólicas entre os dois grupos de situação na profissão principal (Quadro 32). É de referir que enquanto na população masculina a prevalência mais elevada se observava entre os trabalhadores por conta própria e empregadores, na população feminina se observava o oposto, com a prevalência mais elevada a verificar-se entre os trabalhadores por conta de outrem.

5.2. Ocorrência conjunta dos determinantes relacionados com comportamentos.

Os quadros 33 a 39 e os gráficos 1 a 6, descrevem a distribuição na população com idade igual ou superior a 15 anos, residente em Portugal em 2005/2006, da frequência com que ocorreram conjuntamente os quatro principais factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos em estudo neste trabalho: 1) consumo diário ou ocasional de tabaco; 2) consumo de bebidas alcoólicas com risco para a saúde; 3) alimentação não saudável; 4) actividade física insuficiente para beneficiar a saúde.

Estes quadros contêm os valores da prevalência na população, expressos em percentagem, desagregada pelas seguintes variáveis sócio-demográficas: sexo, grupo etário, estado civil de facto, nível de escolaridade, ocupação, profissão principal e situação na profissão.

Além desta informação, os quadros contêm os valores estimados para a população do número total de pessoas segundo o número de determinantes que apresenta. Estes valores, desagregados para cada categoria da variável sócio-demográfica em questão, encontram-se no Anexo 3.

Na população de cada sexo, assim como no total da população, apresenta-se o valor da significância estatística para o teste de qui-quadrado para a homogeneidade das prevalências do número de determinantes, entre as categorias da variável de desagregação.

Numa apreciação global verificou-se que apenas 28,1% (IC95%: 26,4%; 29,9%) da população não referiu a presença de pelo menos um dos quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos em estudo neste trabalho (Quadro 33). Este valor não

diferia significativamente entre a população masculina e feminina, embora tenha sido mais elevado nesta última com 30,1% (IC95%: 27,5%; 32,7%).

Assim, mais de metade da população (71,9%) referiu, pelo menos, um factor determinante de saúde relacionado com comportamentos, valor ainda mais expressivo na população masculina (74,0%) (Quadro 33). A prevalência mais elevada verificou-se para a presença de um factor e decresceu, depois, para a presença de dois factores, três factores, ou quatro factores determinantes de saúde, padrão semelhante em cada sexo.

Quadro 33: Distribuição, por sexo, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, segundo o número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos

Nº de determinantes de saúde referidos					
	0	1	2	3	4
	N	N	N	N	N
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Sexo	1107571	2071131	870385	189415	22424
Masculino	26,0 (23,9; 28,3)	48,6 (46,3; 50,9)	20,4 (18,7; 22,3)	4,4 (3,6; 5,5)	0,5 (0,3; 1,0)
Sexo	1395591	2540334	588798	110215	7781
Feminino	30,1 (27,5; 32,7)	54,7 (52,4; 57,0)	12,7 (11,1; 14,4)	2,4 (1,7; 3,3)	0,2 (0,1; 0,5)
Total	2503162	4611465	1459182	299629	30206
	28,1 (26,4; 29,9)	51,8 (50,2; 53,4)	16,4 (15,2; 17,7)	3,4 (2,8; 4,0)	0,3 (0,2; 0,6)

Nos quadros 34 a 39 e nos gráficos 1 a 6 reportam-se associações estatisticamente significativas entre o número de determinantes de saúde e as categorias de todas as variáveis de desagregação utilizadas, tanto na população masculina como na feminina.

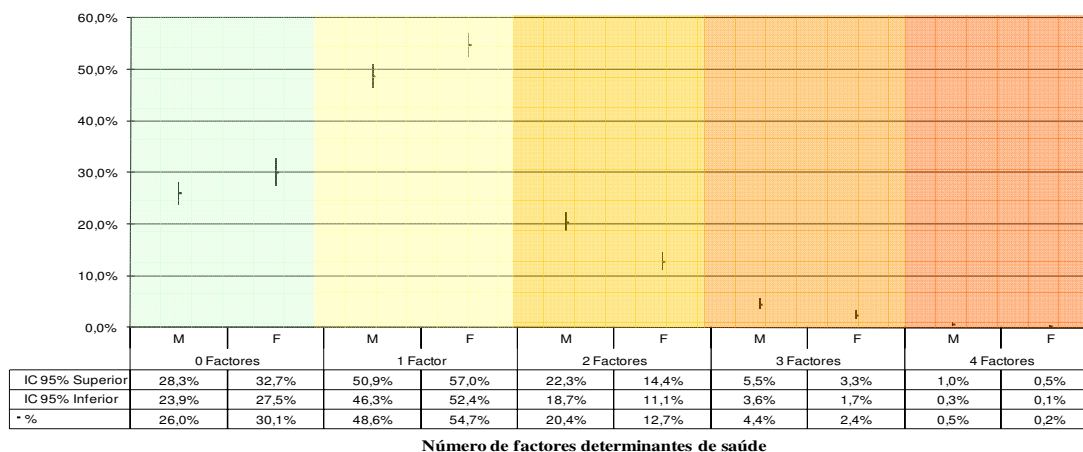
5.2.1. Número de determinantes, segundo o sexo e o grupo etário.

A maior parte da população reportou um dos determinantes de saúde relacionados com comportamentos, em nível prejudicial à saúde (51,8%; IC95%: 50,2%; 53,4%). Este valor era significativamente mais elevado entre a população feminina: 54,7% (IC95%: 52,4%; 57,0%), do que entre a população masculina: 48,6% (IC95%: 46,3%; 50,9%) (Quadro 34).

A segunda situação mais frequente era a não existência de comportamentos prejudiciais à saúde (28,1%; IC95%: 26,4%; 29,9%), observando-se valores mais elevados na população feminina, sem diferença estatisticamente significativa em relação à população masculina.

A ocorrência concomitante de dois, três, ou quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos revelou frequências decrescentes em comparação com os valores máximos observados para a presença de um determinante. Os valores eram significativamente superiores na população masculina, excepto no grupo caracterizado pela presença de quatro determinantes de saúde, no qual não se observou uma diferença significativa entre sexos (Quadro 33; Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição, por sexo, das estimativas na população com idade igual ou superior a 15 anos, da prevalência (%) e intervalo de 95 % de confiança do número de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos referidos no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006



Número de factores determinantes de saúde

Quadro 34: Distribuição, por sexo e grupo etário, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, segundo o número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos.

Nº de determinantes de saúde relacionados com comportamentos						
Sexo Masculino						
Grupo etário (anos)	0	1	2	3	4	<i>p</i>
	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	
15-24	30,2 (25,5; 35,4)	48,0 (42,7; 53,4)	16,4 (12,7; 20,8)	4,7 (2,8; 7,7)	0,7 (0,2; 2,8)	0,000
25-44	26,7 (23,2; 30,5)	42,5 (38,6; 46,5)	24,7 (21,6; 28,1)	5,6 (4,1; 7,8)	0,5 (0,2; 1,2)	
45-64	23,1 (19,9; 26,6)	50,3 (46,4; 54,1)	20,9 (17,9; 24,3)	4,9 (3,5; 6,9)	0,8 (0,3; 2,2)	
65-74	27,8 (22,7; 33,6)	55,2 (48,9; 61,3)	16,0 (12,3; 20,5)	1,0 (0,5; 2,3)	-	
75+	22,0 (17,2; 27,8)	65,9 (59,9; 71,5)	11,3 (7,7; 16,3)	0,8 (0,2; 2,7)	-	
Total	1107571 26,0 (23,9; 28,3)	2071131 48,6 (46,3; 50,9)	870385 20,4 (18,7; 22,3)	189415 4,4 (3,6; 5,5)	22424 0,5 (0,3; 1,0)	
Sexo Feminino						
Grupo etário (anos)	0	1	2	3	4	<i>p</i>
	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	
15-24	24,3 (19,6; 29,7)	58,1 (51,9; 64,0)	12,7 (9,2; 17,3)	4,3 (2,1; 8,5)	0,7 (0,2; 2,8)	0,000
25-44	31,2 (27,3; 35,4)	48,7 (44,7; 52,8)	16,7 (13,5; 20,5)	3,1 (2,0; 4,8)	0,2 (0,0; 1,1)	
45-64	34,4 (30,5; 38,4)	51,7 (47,7; 55,6)	11,7 (9,5; 14,4)	2,3 (1,2; 4,2)	0,0 (0,0; 0,2)	
65-74	27,8 (23,4; 32,6)	63,0 (57,9; 67,8)	8,8 (6,4; 11,9)	0,4 (0,1; 1,8)	-	
75+	24,6 (19,3; 30,7)	68,9 (62,8; 74,5)	6,5 (4,1; 10,2)	-	-	
Total	1395591 30,1 (27,5; 32,7)	2540334 54,7 (52,4; 57,0)	588798 12,7 (11,1; 14,4)	110215 2,4 (1,7; 3,3)	7781 0,2 (0,1; 0,5)	
Ambos os sexos						
Grupo etário (anos)	0	1	2	3	4	<i>p</i>
	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	
15-24	27,3 (23,9; 31,0)	52,9 (48,9; 57,0)	14,6 (11,9; 17,7)	4,5 (2,9; 6,8)	0,7 (0,3; 1,8)	0,000
25-44	29,0 (26,3; 31,8)	45,6 (42,8; 48,5)	20,7 (18,4; 23,2)	4,4 (3,4; 5,7)	0,3 (0,1; 0,8)	
45-64	29,0 (26,4; 31,6)	51,0 (48,2; 53,7)	16,1 (14,2; 18,2)	3,5 (2,6; 4,8)	0,4 (0,2; 1,1)	
65-74	27,8 (24,4; 31,5)	59,5 (55,5; 63,4)	12,0 (9,8; 14,6)	0,7 (0,3; 1,4)	-	
75+	23,6 (19,8; 27,9)	67,8 (63,4; 71,9)	8,3 (6,2; 11,1)	0,3 (0,1; 1,0)	-	
Total	2503162 28,1 (26,4; 29,9)	4611465 51,8 (50,2; 53,4)	1459182 16,4 (15,2; 17,7)	299629 3,4 (2,8; 4,0)	30206 0,3 (0,2; 0,6)	

Como já referido, a ocorrência de 1 factor determinante de saúde relacionado com comportamentos era a característica mais frequente na população, masculina e feminina, em Portugal em 2005/2006.

O valor dessa prevalência revelou, na população masculina, um decréscimo desde o grupo etário 15 a 19 anos, até ao grupo etário 35 a 39 anos, e um aumento constante a partir daí até ao grupo de 85 e mais anos, onde atingiu o máximo de 66,8%, tendência apenas interrompida com decréscimos ligeiros nos grupos etários 65 a 69 anos e 80 a 84 anos (Quadro 34; Gráfico 2).

Na população feminina, o decréscimo observou-se de forma irregular até ao grupo etário 45 a 49 anos, verificando-se, a partir daí, uma tendência crescente até ao valor máximo atingido no grupo etário 80 a 84 anos (Quadro 34; Gráfico 3).

Gráfico 2: Distribuição, por grupo etário, das estimativas na população masculina com idade igual ou superior a 15 anos, da prevalência (%) do número de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos referidos no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

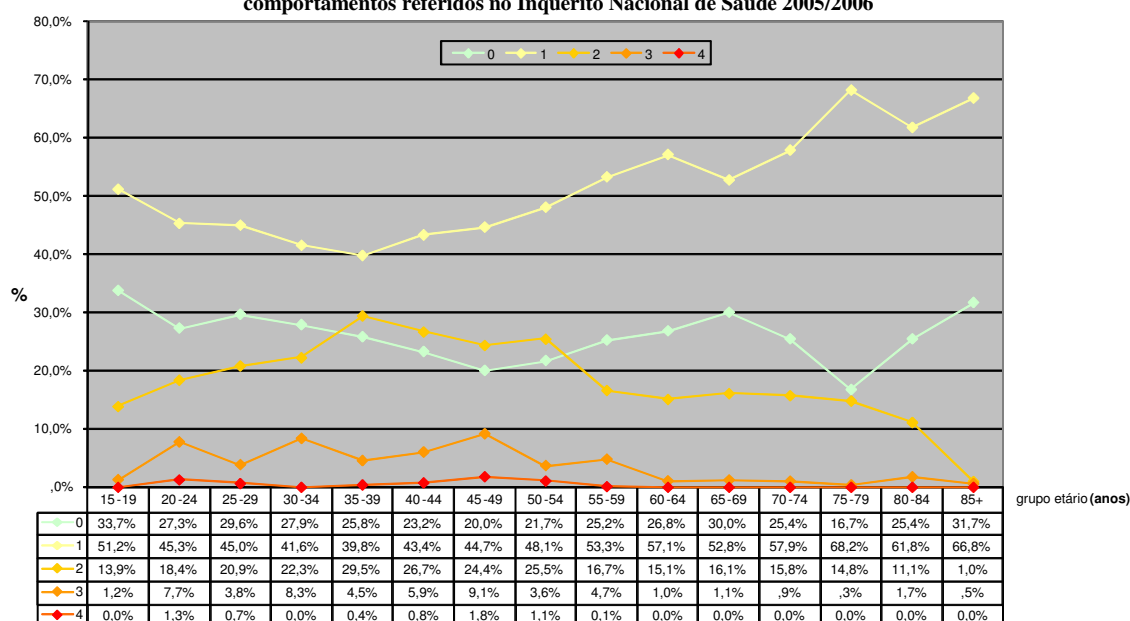
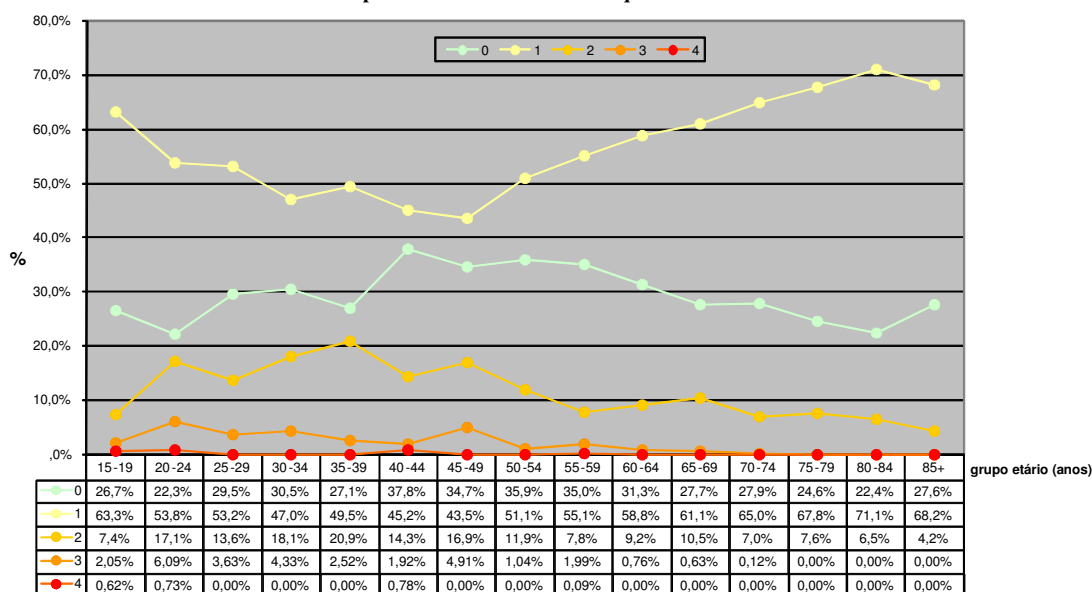


Gráfico 3: Distribuição, por grupo etário, das estimativas na população feminina com idade igual ou superior a 15 anos, da prevalência (%) do número de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos referidos no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006



No sexo masculino a posição relativa do número de determinantes de saúde já descrita, apenas era alterada entre os 35 e os 54 anos de idade, grupo etário em que a presença de 2 factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos ultrapassou a frequência de ausência destas características (Gráfico 2). Pelo contrário, na população feminina, a presença reportada de 2 dos factores determinantes estudados neste trabalho não ultrapassou em nenhum grupo etário a frequência da ausência de qualquer um destes determinantes (Gráfico 3). A presença conjunta dos 4 factores determinantes de saúde revelou sempre a menor frequência em ambos os sexos.

Como seria de esperar, a ordenação das estimativas da prevalência acumulada de factores determinantes de saúde na população portuguesa resultou na manutenção das suas posições relativas, sendo o valor mais elevado observado no caso da presença de 1 ou mais factores, à semelhança do que se verificou utilizando as prevalências não acumuladas

(Gráficos 4 e 5). No entanto, a utilização da distribuição das prevalências acumuladas evidenciou as diferenças, tanto num sexo como no outro (Gráficos 4 e 5).

Gráfico 4: Distribuição na população masculina com idade igual ou superior a 15 anos, por grupo etário, das estimativas da prevalência (%) do número acumulado de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos referidos no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

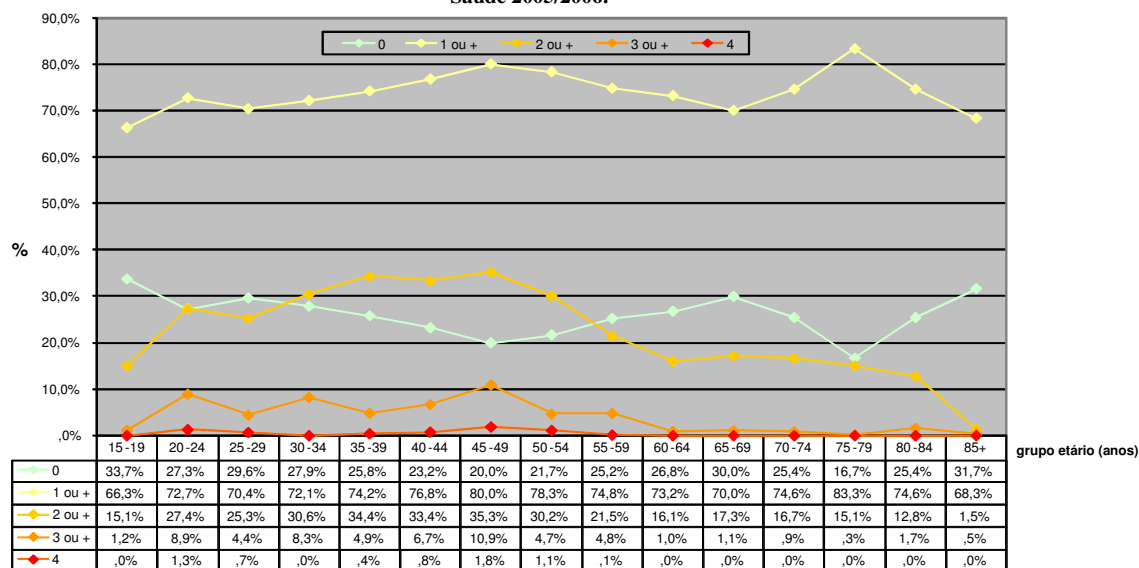
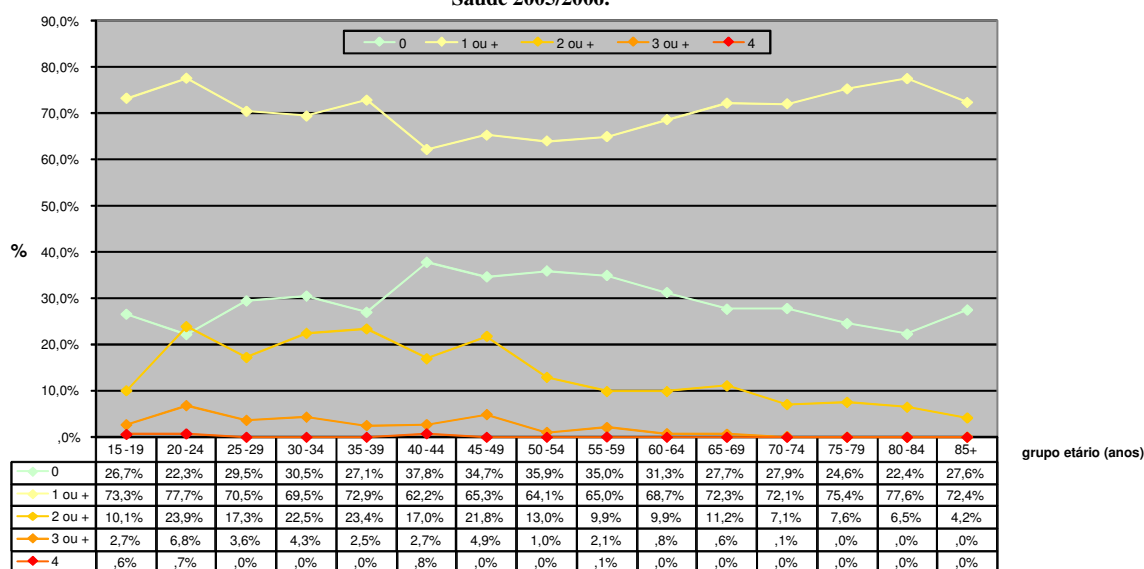
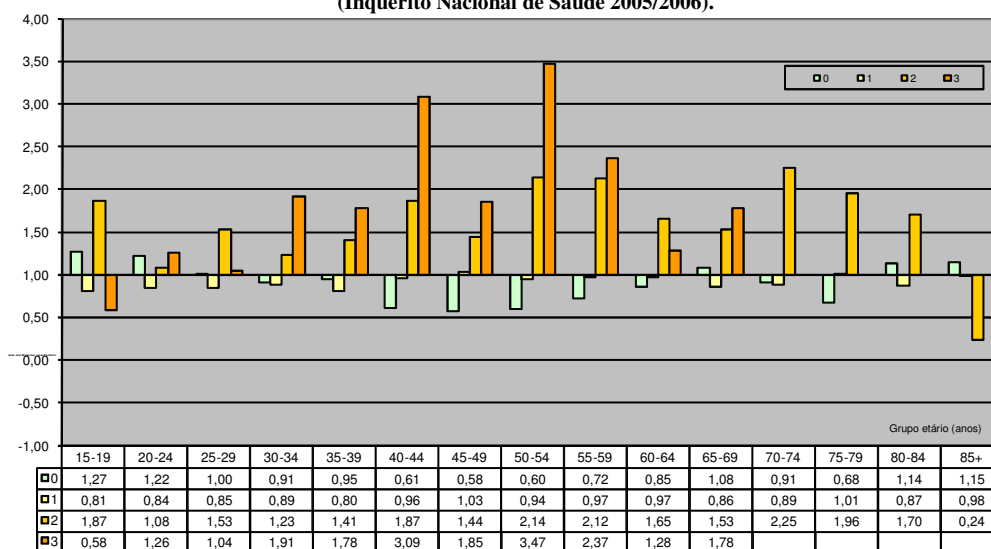


Gráfico 5: Distribuição na população feminina com idade igual ou superior a 15 anos, por grupo etário, das estimativas da prevalência (%) do número acumulado de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos referidos no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.



O valor da razão entre os sexos masculino e feminino (M/F), utilizado para comparar a prevalência de determinantes comportamentais de saúde entre as populações masculina e feminina revelou, de uma forma geral, valores mais elevados no sexo masculino do que no feminino, situação que se verificou em quase todos os grupos etários, com maior evidência entre os 30 e os 69 anos (Gráfico 6).

Gráfico 6: Distribuição, por grupo etário, das razões entre os sexos (M/F) das prevalências do número de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos, na população portuguesa (Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006).



5.2.2. Número de determinantes, segundo o sexo e o estado civil.

A prevalência mais elevada observou-se na população masculina viúva, com 70,4% (IC95%: 59,3%; 79,5%) a referir um determinante valor significativamente superior aos das restantes categorias, tanto num sexo como no outro (quadro 35). O segundo valor mais elevado verificava-se, igualmente, na população viúva, mas no sexo feminino, em que 62,7% (IC95%: 56,8%; 68,2%) referia um determinante.

Quadro 35: Distribuição, por sexo e estado civil de facto, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, segundo o número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos

Nº referido de determinantes de saúde relacionados com comportamentos						
Sexo Masculino						
Estado civil	0 N % (IC 95%)	1 N % (IC 95%)	2 N % (IC 95%)	3 N % (IC 95%)	4 N % (IC 95%)	p
Solteiro	31,0 (27,2; 35,1)	45,1 (41,4; 48,9)	19,2 (16,3; 22,5)	4,2 (2,8; 6,2)	0,4 (0,1; 1,9)	0,007
Casado/ Junto	24,5 (22,1; 27,2)	49,6 (46,8; 52,4)	20,7 (18,6; 22,9)	4,6 (3,5; 6,0)	0,6 (0,3; 1,3)	
Separado/ Divorciado	18,6 (11,6; 28,5)	45,6 (34,8; 56,9)	31,3 (21,6; 43,0)	4,5 (1,9; 10,2)	-	
Viúvo	11,6 (5,9; 21,7)	70,4 (59,3; 79,5)	15,0 (8,9; 24,0)	2,9 (0,8; 10,1)	-	
Total	1107571 26,0 (23,9; 28,3)	2071130 48,6 (46,3; 50,9)	870385 20,4 (18,7; 22,3)	189414 4,4 (3,6; 5,5)	22424 0,5 (0,3; 1,0)	
Sexo Feminino						
Estado civil	0 N % (IC 95%)	1 N % (IC 95%)	2 N % (IC 95%)	3 N % (IC 95%)	4 N % (IC 95%)	p
Solteiro	25,9 (21,7; 30,7)	57,5 (52,9; 61,9)	13,2 (10,2; 16,9)	3,0 (1,6; 5,4)	0,4 (0,1; 1,6)	0,019
Casado / Junto	32,5 (29,4; 35,7)	52,6 (49,6; 55,5)	12,4 (10,4; 14,6)	2,5 (1,7; 3,6)	0,1 (0,0; 0,6)	
Separado / Divorciado	28,4 (21,6; 36,3)	49,6 (41,1; 58,2)	18,3 (12,1; 26,7)	3,7 (1,1; 11,9)	-	
Viúvo	26,8 (21,8; 32,5)	62,7 (56,8; 68,2)	10,4 (7,4; 14,5)	0,1 (0,0; 0,3)	-	
Total	1395591 30,1 (27,5; 32,7)	2540334 54,7 (52,4; 57,0)	588797 12,7 (11,1; 14,4)	110214 2,4 (1,7; 3,3)	7782 0,2 (0,1; 0,5)	
Ambos os sexos						
Estado civil	0 N % (IC 95%)	1 N % (IC 95%)	2 N % (IC 95%)	3 N % (IC 95%)	4 N % (IC 95%)	p
Solteiro	28,7 (25,8; 31,8)	50,8 (47,8; 53,7)	16,5 (14,3; 18,9)	3,6 (2,6; 5,1)	0,4 (0,2; 1,2)	0,003
Casado / Junto	28,5 (26,5; 30,6)	51,1 (49,0; 53,1)	16,5 (15,1; 18,1)	3,5 (2,8; 4,4)	0,4 (0,2; 0,7)	
Separado / Divorciado	25,2 (19,9; 31,4)	48,4 (41,5; 55,2)	22,5 (17,0; 29,1)	4,0 (1,7; 8,9)	-	
Viúvo	24,4 (20,0; 29,4)	63,9 (58,6; 68,9)	11,2 (8,3; 14,8)	0,5 (0,2; 1,6)	-	
Total	2503162 28,1 (26,4; 29,9)	4611465 51,8 (50,2; 53,4)	1459182 16,4 (15,2; 17,7)	299628 3,4 (2,8; 4,0)	30206 0,3 (0,2; 0,6)	

A população viúva revelou prevalências de dois ou três factores inferiores às verificadas nas restantes categorias de estado civil, sem diferença estatisticamente significativa apenas no caso da presença de três determinantes, no sexo masculino. As estimativas pontuais da presença de três ou quatro factores eram sempre inferiores a 5%, e mesmo as estimativas dos valores superiores dos seus intervalos de confiança apenas ultrapassaram 10% entre os separados e divorciados de um e de outro sexo. A presença dos quatro determinantes revelou prevalências muito baixas em ambos os sexos, não ocorrendo entre a população viúva nem entre a separada ou divorciada.

5.2.3. Número de determinantes, segundo o sexo e o nível de ensino.

Na distribuição por nível de ensino máximo alcançado, a prevalência mais elevada do número de determinantes comportamentais conjuntos observou-se em relação à presença de um factor na população sem nível de ensino (58,1%; 54,0%; 62,1%) (Quadro nº36). Tanto num sexo como noutro, observou-se o aumento das prevalências pontuais da presença de três e quatro determinantes ao avançar para níveis de ensino mais elevados, embora sem diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 36: Distribuição, por sexo e nível de ensino máximo alcançado, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, segundo o número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos

Nº referido de determinantes de saúde relacionados com comportamentos						
Sexo Masculino						
	0	1	2	3	4	
Nível de Ensino	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	<i>p</i>
Nenhum	29,8 (23,0 ; 37,8)	53,4 (46,2 ; 60,5)	13,4 (9,3 ; 18,9)	3,4 (1,2 ; 9,1)		0,003
1º Ciclo	26,7 (23,4 ; 30,3)	52,2 (48,6 ; 55,8)	16,9 (14,4 ; 19,7)	3,7 (2,4 ; 5,5)	0,5 (0,2 ; 1,7)	
2º e 3º Ciclo	25,0 (21,8 ; 28,6)	43,4 (39,8 ; 47,1)	26,9 (23,4 ; 30,6)	4,2 (2,8 ; 6,4)	0,4 (0,1 ; 1,5)	
Secundário	28,0 (22,7 ; 34,1)	47,7 (41,9 ; 53,5)	16,8 (12,8 ; 21,9)	6,3 (3,9 ; 10,0)	1,1 (0,4 ; 3,1)	
Superior	22,1 (16,4 ; 29,0)	51,0 (44,2 ; 57,8)	20,9 (16,0 ; 26,9)	5,5 (3,2 ; 9,2)	0,5 (0,1 ; 2,6)	
Total	1107571 26,0 (23,9 ; 28,3)	2064238 48,5 (46,2 ; 50,8)	870385 20,5 (18,7 ; 22,3)	189414 4,5 (3,6 ; 5,5)	22424 0,5 (0,3 ; 1,0)	
Sexo Feminino						
	0	1	2	3	4	
Nível de Ensino	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	<i>p</i>
Nenhum	29,8 (25,1 ; 35,1)	60,2 (55,2 ; 65,0)	9,9 (7,5 ; 12,9)	0,1 (0,0 ; 0,2)	-	0,000
1º Ciclo	37,9 (33,9 ; 42,0)	54,3 (50,3 ; 58,3)	7,0 (5,3 ; 9,2)	0,7 (0,3 ; 1,6)	0,1 (0,0 ; 0,9)	
2º e 3º Ciclo	29,0 (25,4 ; 33,0)	51,0 (47,0 ; 54,9)	15,8 (12,5 ; 19,7)	4,0 (2,5 ; 6,3)	0,2 (0,0 ; 1,4)	
Secundário	23,9 (19,1 ; 29,5)	54,5 (48,7 ; 60,3)	17,4 (13,1 ; 22,6)	4,2 (2,1 ; 8,2)	0,0 (0,0 ; 0,4)	
Superior	19,8 (14,9 ; 25,8)	57,1 (50,9 ; 63,0)	18,6 (14,4 ; 23,6)	4,1 (1,9 ; 8,5)	0,5 (0,1 ; 3,2)	
Total	1395591 30,1 (27,5 ; 32,7)	2540334 54,7 (52,4 ; 57,0)	588797 12,7 (11,1 ; 14,4)	110214 2,4 (1,7 ; 3,3)	7781 0,2 (0,1 ; 0,5)	
Ambos os sexos						
	0	1	2	3	4	
Nível de Ensino	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	<i>p</i>
Nenhum	29,8 (25,9 ; 34,1)	58,1 (54,0 ; 62,1)	11,0 (8,8 ; 13,6)	1,1 (0,4 ; 2,9)	-	0,000
1º Ciclo	32,5 (29,8 ; 35,3)	53,3 (50,6 ; 56,0)	11,8 (10,2 ; 13,5)	2,1 (1,4 ; 3,1)	0,3 (0,1 ; 0,9)	
2º e 3º Ciclo	26,9 (24,4 ; 29,5)	46,9 (44,2 ; 49,6)	21,7 (19,3 ; 24,4)	4,1 (3,0 ; 5,6)	0,3 (0,1 ; 0,9)	
Secundário	26,0 (22,3 ; 30,1)	51,1 (46,9 ; 55,2)	17,1 (14,0 ; 20,6)	5,3 (3,5 ; 7,8)	0,6 (0,2 ; 1,6)	
Superior	20,8 (17,0 ; 25,3)	54,3 (49,8 ; 58,8)	19,6 (16,4 ; 23,4)	4,7 (3,0 ; 7,4)	0,5 (0,1 ; 1,7)	
Total	2503163 28,1 (26,4 ; 29,9)	4604572 51,8 (50,1 ; 53,4)	1459181 16,4 (15,2 ; 17,7)	299628 3,4 (2,8 ; 4,0)	30205 0,3 (0,2 ; 0,6)	

5.2.4. Número de determinantes, segundo o sexo, ocupação, grupo profissional e situação perante a profissão

Na distribuição da prevalência do número de determinantes por sexo e ocupação principal, refiram-se as prevalências significativamente mais elevadas de ocorrência de dois e de três determinantes entre os desempregados, que no seu conjunto afectavam 37,4% da população desempregada (49,3% nos homens e 26,9% nas mulheres (Quadro nº 37).

Na distribuição por grupo profissional não se observaram diferenças significativas na frequência da presença de um determinante entre os grupos estudados, embora os valores pontuais sugiram uma tendência decrescente com a menor diferenciação profissional, tanto num sexo como noutro (Quadro nº 38). Esta tendência decrescente, dos grupos mais diferenciados para os menos diferenciados, pode ser observada em relação à presença de dois, três e quatro determinantes, embora, no primeiro caso, não no sexo masculino.

Na distribuição da prevalência do número de determinantes segundo as categorias da “situação face à profissão”, embora de um modo geral as diferenças não fossem estatisticamente significativas, as prevalências pontuais da presença de um determinante eram mais elevadas nos trabalhadores por conta própria e empregadores (Quadro nº 39). Já a presença de dois, três ou quatro factores era mais elevada nos trabalhadores por conta de outrem, com diferenças estatisticamente significativas face à presença de dois determinantes, quer num sexo como no outro.

Quadro 37: Distribuição, por sexo e ocupação principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, segundo o número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos.

Nº referido de determinantes de saúde relacionados com comportamentos						
Sexo Masculino						
	0	1	2	3	4	
Ocupação principal	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	<i>p</i>
Activo (1)	27,7 (25,0; 30,5)	45,4 (42,6; 48,3)	21,3 (19,1; 23,6)	5,0 (3,9; 6,4)	0,6 (0,3; 1,3)	0,000
Desempregado	9,7 (5,7; 16,1)	40,8 (31,8; 50,6)	38,0 (29,0; 47,9)	11,3 (6,3; 19,5)	0,2 (0,0; 1,1)	
Reformado (2)	23,5 (20,0; 27,4)	61,0 (56,9; 65,1)	14,1 (11,5; 17,1)	1,4 (0,8; 2,6)	-	
Estudante (3)	31,8 (24,6; 39,9)	47,8 (40,4; 55,3)	15,9 (11,3; 22,1)	3,1 (1,2; 7,4)	1,4 (0,2; 8,0)	
Outras	1,9 (0,4; 7,7)	43,1 (20,2; 69,4)	51,9 (26,7; 76,1)	3,2 (0,9; 10,8)	-	
Total	1107571 26,0 (23,9 ; 28,3)	2066474 48,6 (46,3; 50,8)	869439 20,4 (18,7; 22,3)	189227 4,4 (3,6; 5,5)	22424 0,5 (0,3; 1,0)	
Sexo Feminino						
	0	1	2	3	4	
Ocupação principal	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	<i>p</i>
Activo (1)	33,1 (30,1; 36,2)	50,4 (47,5; 53,2)	13,7 (11,7; 15,9)	2,8 (2,0; 3,9)	0,2 (0,0; 0,6)	0,000
Desempregado	18,4 (12,4; 26,5)	53,7 (43,2; 63,8)	21,3 (14,7; 29,8)	5,6 (2,2; 13,6)	1,0 (0,1; 6,7)	
Reformado (2)	27,6 (23,5; 32,2)	64,4 (60,1; 68,5)	7,3 (5,5; 9,7)	0,6 (0,2; 1,8)	0,0 (0,0; 0,2)	
Estudante (3)	22,2 (16,6; 29,1)	64,8 (57,1; 71,8)	11,5 (7,6; 17,1)	1,4 (0,4; 4,7)	-	
Outras	5,1 (1,1; 20,3)	82,2 (58,4; 93,8)	11,8 (2,9; 37,2)	0,9 (0,1; 6,3)	-	
Total	1394411 30,1 (27,6; 32,8)	2530985 54,7 (52,4; 57,0)	583958 12,6 (11,0; 14,4)	110214 2,4 (1,7; 3,3)	7782 0,2 (0,1; 0,5)	
Ambos os sexos						
	0	1	2	3	4	
Ocupação principal	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	<i>p</i>
Activo ⁽¹⁾	30,5 (28,4 ; 32,6)	48,0 (46,0 ; 50,0)	17,3 (15,8 ; 18,9)	3,8 (3,1 ; 4,7)	0,4 (0,2 ; 0,7)	0,000
Desempregado	14,3 (10,4 ; 19,4)	47,7 (40,6 ; 54,8)	29,1 (23,4 ; 35,7)	8,3 (5,0 ; 13,4)	0,6 (0,1 ; 3,3)	
Reformado ⁽²⁾	25,6 (22,8 ; 28,6)	62,8 (59,8 ; 65,7)	10,6 (9,0 ; 12,5)	1,0 (0,6 ; 1,7)	0,0 (0,0 ; 0,1)	
Estudante ⁽³⁾	26,7 (22,1 ; 31,9)	56,8 (51,3 ; 62,1)	13,6 (10,4 ; 17,6)	2,2 (1,1 ; 4,5)	0,6 (0,1 ; 3,9)	
Outras	3,6 (1,1 ; 11,0)	63,7 (44,3 ; 79,5)	30,8 (16,1 ; 50,7)	2,0 (0,7 ; 5,6)	-	
Total	2501983 28,2 (26,5 ; 29,9)	4597459 51,8 (50,1 ; 53,4)	1453396 16,4 (15,2 ; 17,6)	299442 3,4 (2,8; 4,0)	30205 0,3 (0,2; 0,6)	

⁽¹⁾ Inclui donas de casa; ⁽²⁾ Inclui pessoas reformadas ou permanentemente incapacitadas; ⁽³⁾ Inclui estagiários não remunerados

p: valor da significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao e Scott.

Quadro 38: Distribuição, por sexo e profissão principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%), e intervalo de 95% de confiança (IC95%), de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal em 2005/2006, segundo o número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos.

Nº referido de determinantes de saúde relacionados com comportamentos						
Sexo Masculino						
	0	1	2	3	4	
Profissão principal	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	<i>p</i>
Grupo 1	23,1 (18,4; 28,7)	50,7 (45,0; 56,4)	22,2 (18,0; 27,1)	3,9 (2,3; 6,8)	-	0,046
Grupo 2	22,7 (18,7; 27,2)	48,3 (43,5; 53,2)	22,2 (18,7; 26,1)	6,2 (4,3; 8,9)	0,6 (0,2; 1,8)	
Grupo 3	26,7 (23,7; 29,9)	50,2 (47,0; 53,4)	18,3 (15,9; 20,9)	4,2 (2,9; 5,9)	0,7 (0,3; 1,6)	
Grupo 4	29,3 (22,8; 36,8)	37,6 (30,9; 44,8)	28,8 (22,1; 36,7)	4,3 (1,9; 9,6)	-	
Total	983511 25,4 (23,2 ; 27,7)	1881457 48,6 (46,2 ; 50,9)	811107 20,9 (19,2; 22,8)	179140 4,6 (3,7; 5,8)	17957 0,5 (0,2; 0,9)	
Sexo Feminino						
	0	1	2	3	4	
Profissão principal	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	<i>p</i>
Grupo 1	21,6 (16,4; 27,8)	53,1 (46,2; 59,9)	19,4 (15,0 ; 24,7)	5,3 (2,8 ; 9,9)	0,6 (0,1 ; 4,0)	0,000
Grupo 2	26,8 (23,1 ; 30,9)	52,4 (48,6 ; 56,2)	17,0 (13,9 ; 20,7)	3,5 (2,3 ; 5,4)	0,2 (0,0 ; 1,1)	
Grupo 3	36,6 (32,4 ; 41,0)	53,5 (49,2 ; 57,8)	8,4 (6,2 ; 11,3)	1,2 (0,5 ; 3,1)	0,2 (0,0 ; 1,3)	
Grupo 4	37,4 (32,0 ; 43,0)	52,6 (47,1 ; 57,9)	9,3 (6,2 ; 13,7)	0,8 (0,3 ; 2,5)	-	
Total	1086854 30,9 (28,0 ; 33,9)	1860502 52,8 (50,3 ; 55,4)	473287 13,4 (11,6 ; 15,6)	92109 2,6 (1,9 ; 3,7)	7781 0,2 (0,1; 0,6)	
Ambos os sexos						
	0	1	2	3	4	
Profissão principal	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	<i>p</i>
Grupo 1	22,5 (18,9; 26,5)	51,7 (47,3; 56,1)	21,1 (17,9; 24,6)	4,5 (3,0; 6,8)	0,2 (0,0; 1,7)	0,000
Grupo 2	25,2 (22,4; 28,2)	50,8 (47,8; 53,8)	19,1 (16,7; 21,7)	4,6 (3,5; 6,1)	0,4 (0,2; 0,9)	
Grupo 3	30,2 (27,7; 32,8)	51,4 (48,8; 53,9)	14,8 (13,0; 16,8)	3,1 (2,3; 4,3)	0,5 (0,2; 1,1)	
Grupo 4	34,3 (30,1; 38,8)	46,9 (42,6; 51,3)	16,6 (13,2; 20,7)	2,1 (1,1; 4,2)	-	
Total	2070365 28,0 (26,2; 29,9)	3741960 50,6 (48,9; 52,3)	1284395 17,4 (16,0; 18,8)	271250 3,7 (3,0; 4,4)	25738 0,3 (0,2; 0,6)	

Grupo 1: Inclui Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas;

Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas e Militares de profissão.

Grupo 2: Inclui Profissões Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo e Similares e Pessoal dos Serviços e Vendedores.

Grupo 3: Inclui Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas, Operários, Artífices e Trabalhadores similares e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.

Grupo 4: Trabalhadores não qualificados.

Quadro 39: Distribuição, por sexo e situação perante a profissão, das estimativas na população com idade igual ou superior a 15 anos do número e prevalência de pessoas, segundo o número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos, no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Nº referido de determinantes de saúde relacionados com comportamentos						
Sexo Masculino						
	0	1	2	3	4	
Profissão principal	N % (IC95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	<i>p</i>
Grupo 1	24,0 (21,6 ; 26,6)	47,9 (45,3 ; 50,5)	22,8 (20,7 ; 25,1)	4,8 (3,7 ; 6,1)	0,6 (0,3 ; 1,2)	0,001
Grupo 2	30,0 (25,8 ; 34,5)	51,3 (46,4 ; 56,1)	14,4 (11,3 ; 18,3)	4,2 (2,5 ; 7,0)	0,1 (0,0 ; 0,3)	
Total	979158 25,3 (23,2 ; 27,6)	1879996 48,6 (46,3 ; 51,0)	809240 20,9 (19,1 ; 22,9)	179141 4,6 (3,7 ; 5,8)	17956 0,5 (0,2 ; 0,9)	
Sexo Feminino						
	0	1	2	3	4	
Profissão principal	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	<i>p</i>
Grupo 1	29,6 (26,5 ; 32,9)	52,5 (49,7 ; 55,3)	14,7 (12,5 ; 17,3)	2,9 (2,0 ; 4,1)	7782 0,3 (0,1 ; 0,8)	0,015
Grupo 2	35,9 (30,9 ; 41,2)	53,3 (48,2 ; 58,4)	9,2 (6,8 ; 12,5)	1,5 (0,6 ; 3,9)		
Total	1085550 30,9 (28,0 ; 33,9)	1849946 52,7 (50,0 ; 55,3)	477660 13,6 (11,7 ; 15,7)	92109 2,6 (1,9 ; 3,7)	7782 0,2 (0,1 ; 0,6)	
Ambos os sexos						
	0	1	2	3	4	
Profissão principal	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	N % (IC 95%)	<i>p</i>
Grupo 1	26,7 (24,8 ; 28,7)	50,1 (48,2 ; 52,0)	18,9 (17,4 ; 20,6)	3,9 (3,1 ; 4,7)	0,4 (0,2 ; 0,8)	0,000
Grupo 2	32,7 (29,4 ; 36,1)	52,2 (48,7 ; 55,7)	12,1 (9,9 ; 14,6)	3,0 (1,9 ; 4,7)	0,0 (0,0 ; 0,2)	
Total	2064708 28,0 (26,2 ; 29,8)	3729942 50,6 (48,8 ; 52,3)	1286900 17,4 (16,1 ; 18,9)	271250 3,7 (3,0 ; 4,4)	25738 0,3 (0,2 ; 0,6)	

Grupo 1: Inclui trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores para familiares sem pagamento.

Grupo 2: Inclui trabalhadores por conta própria e empregadores.

5.3. Padrões, em cada sexo, dos conjuntos de determinantes de saúde.

O Quadro 40 descreve a ocorrência conjunta dos 4 determinantes de saúde relacionados com comportamentos, em cada sexo. Para cada categoria de número de factores presentes simultaneamente, entre 0 e 4, são descritas: 1) as prevalências observadas (O) e esperadas (E) na população, de cada factor isolado ou das suas combinações; 2) a razão entre os valores observados e os valores esperados de cada factor, ou suas combinações, bem como o respectivo intervalo de 95% de confiança. Os Quadros 41 e 42 descrevem, para cada sexo, a distribuição do padrão de ocorrência, isolada ou combinada, dos 4 factores, ordenada de acordo com o valor decrescente das razões entre as prevalências observadas e esperadas (O/E).

Mais de um quarto da população feminina (30,1%) não reportou nenhum dos determinantes de saúde em nível de risco, enquanto no sexo masculino essa frequência foi de 26,0% (Quadros 41 e 42). A ausência dos 4 determinantes de saúde estudados era, assim, mais frequente do que o esperado no sexo feminino ($O/E=1,09$; IC 95%: 1,08; 1,09) do que no masculino, assumindo independência face ao sexo. Pelo contrário, a presença conjunta daqueles 4 determinantes era pouco frequente na população, sendo, no entanto, observada com maior frequência do que o que seria de esperar no sexo masculino (0,50%) ($O/E=1,36$; IC95%: 1,33; 1,38).

Na hierarquização das combinações possíveis dos 4 determinantes, segundo a razão O/E, observou-se um padrão diferente entre os sexos. Enquanto no sexo masculino o consumo de tabaco, álcool e a alimentação não saudável surgiram de forma isolada com razões O/E elevadas, no sexo feminino, estes determinantes surgiram de forma conjunta com

frequência superior ao esperado (razões O/E superiores a 1,0), e a sua ocorrência isolada ocorreu com menor frequência do que o esperado (Quadro 41 e Quadro 42).

A actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde surgiu geralmente associada aos restantes determinantes. No sexo masculino este determinante surgiu isoladamente com menor frequência do que o esperado (O/E=0,88; IC95%: 0,88; 0,89), enquanto no feminino o valor observado era 9% superior ao esperado (O/E=1,09; IC95%: 1,09; 1,09)

Quadro 40: Prevalências (%) observadas (O) e esperadas (E), razão O/E e respectivo Intervalo de 95% de confiança (IC95%) de 4 determinantes de saúde relacionados com comportamentos e das suas combinações, na população com idade igual ou superior a 15 anos, segundo o número de determinantes de saúde conjuntos, por sexo, em Portugal em 2005/2006.

Determinantes de saúde					Sexo masculino			Sexo feminino		
Nº	T	A	S	D	O	E	O/E (IC95%)	O	E	O/E (IC95%)
0	-	-	-	-	26,0	28,57	0,91 (0,90;0,91)	30,01	27,52	1,09 (1,08; 1,09)
1	+	-	-	-	19,44	12,54	1,55 (1,55; 1,56)	6,96	12,54	0,55 (0,55; 0,56)
	-	+	-	-	6,70	5,43	1,23 (1,23; 1,24)	4,40	5,43	0,81 (0,81; 0,81)
	-	-	+	-	70,28	79,46	0,88 (0,88; 0,89)	86,89	79,46	1,09 (1,09; 1,09)
	-	-	-	+	3,58	2,57	1,39 (1,38; 1,40)	1,76	2,57	0,68 (0,68; 0,69)
2	+	+	-	-	12,11	10,02	1,21 (1,20; 1,22)	6,99	10,02	0,70 (0,69; 0,70)
	+	-	+	-	62,33	56,25	1,11 (1,11; 1,11)	47,43	56,25	0,84 (0,84; 0,85)
	+	-	-	+	6,48	56,25	0,12 (0,11; 0,12)	2,13	56,25	0,04 (0,04; 0,04)
	-	+	+	-	10,69	17,10	0,63 (0,62; 0,63)	26,39	17,10	1,54 (1,54; 1,55)
	-	+	-	+	1,02	0,93	1,10 (1,07; 1,12)	0,80	0,93	0,86 (0,84; 0,89)
	-	-	+	+	7,38	11,01	0,67 (0,66; 0,68)	16,27	11,01	1,48 (1,47; 1,49)
3	+	+	+	-	55,78	56,74	0,98 (0,98; 0,99)	58,92	56,74	1,04 (1,03; 1,05)
	-	+	+	+	0,40	2,13	0,19 (0,18; 0,20)	6,08	2,13	2,85 (2,77; 2,93)
	+	-	+	+	43,34	38,59	1,12 (1,11; 1,13)	27,77	38,59	0,72 (0,71; 0,73)
	+	+	-	+	0,48	2,54	0,19 (0,18; 0,20)	7,23	2,54	2,85 (2,78; 2,93)
4	+	+	+	+	0,50	0,37	1,36 (1,33; 1,38)	0,20	0,29	0,68 (0,66; 0,69)

T: Consumo de tabaco; A: Consumo de risco de bebidas alcoólicas; S: Actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde
D: Dieta não saudável (considerando apenas a ausência de consumo de frutos, legumes ou vegetais)

Quadro 41: Ordenação decrescente das razões entre os valores observados (O) e Esperados (E) das prevalências de ocorrência conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos na população portuguesa do sexo masculino com idade igual ou superior a 15 anos (Inquérito Nacional de Saúde, 2005/2006).

Nº determinantes	Determinantes concomitantes no sexo Masculino	Prevalência (%)		Razão O/E (IC 95%)
		Observada (O)	Esperada (E)	
1	tabaco	19,44	12,54	1,55 (1,55; 1,56)
1	dieta	3,58	2,57	1,39 (1,38; 1,40)
4	tabaco + álcool + sedentarismo + dieta	0,50	0,37	1,36 (1,33; 1,38)
1	álcool	6,70	5,43	1,23 (1,23; 1,24)
2	tabaco + álcool	12,11	10,02	1,21 (1,20; 1,22)
3	tabaco + sedentarismo + dieta	43,34	38,59	1,12 (1,11; 1,13)
2	tabaco + sedentarismo	62,33	56,25	1,11 (1,11; 1,11)
2	álcool + dieta	1,02	0,93	1,10 (1,07; 1,12)
3	tabaco + álcool + sedentarismo	55,78	56,74	0,98 (0,98; 0,99)
0	-	24,06	26,58	0,91 (0,90; 0,91)
1	sedentarismo	70,28	79,46	0,88 (0,88; 0,89)
2	sedentarismo + dieta	7,38	11,01	0,67 (0,66; 0,68)
2	álcool + sedentarismo	10,69	17,10	0,63 (0,62; 0,63)
3	álcool + sedentarismo + dieta	0,40	2,13	0,19 (0,18; 0,20)
3	tabaco + álcool + dieta	0,48	2,54	0,19 (0,18; 0,20)

T: Consumo de tabaco; A: Consumo de risco de bebidas alcoólicas; S: Actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde
D: Dieta não saudável (considerando apenas a ausência de consumo de frutos, legumes ou vegetais)

Quadro 42: Ordenação decrescente das razões entre os valores observados (O) e Esperados (E) das prevalências de ocorrência conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos na população portuguesa do sexo feminino com idade igual ou superior a 15 anos (Inquérito Nacional de Saúde, 2005/2006).

Nº determinantes	Determinantes concomitantes no sexo feminino	Prevalência (%)		Razão O/E (IC 95%)
		Observada (O)	Esperada (E)	
3	tabaco + álcool + dieta	7,23	2,54	2,85 (2,78; 2,93)
3	álcool + sedentarismo + dieta	6,08	2,13	2,85 (2,77; 2,93)
2	álcool + sedentarismo	26,39	17,10	1,54 (1,54; 1,55)
2	sedentarismo + dieta	16,27	11,01	1,48 (1,47; 1,49)
1	sedentarismo	86,89	79,46	1,09 (1,09; 1,09)
0	-	28,85	26,58	1,09 (1,08; 1,09)
3	tabaco + álcool + sedentarismo	58,92	56,74	1,04 (1,03; 1,05)
2	álcool + dieta	0,80	0,93	0,86 (0,84; 0,89)
2	tabaco + sedentarismo	47,43	56,25	0,84 (0,84; 0,85)
1	álcool	4,40	5,43	0,81 (0,81; 0,81)
3	tabaco + sedentarismo + dieta	27,77	38,59	0,72 (0,71; 0,73)
2	tabaco + álcool	6,99	10,02	0,70 (0,69; 0,70)
1	dieta	1,76	2,57	0,68 (0,68; 0,69)
4	tabaco + álcool + sedentarismo + dieta	0,20	0,29	0,68 (0,66; 0,69)
1	tabaco	6,96	12,54	0,55 (0,55; 0,56)
2	tabaco + dieta	2,13	56,25	0,04 (0,04; 0,04)

T: Consumo de tabaco; A: Consumo de risco de bebidas alcoólicas; S: Actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde
D: Dieta não saudável (considerando apenas a ausência de consumo de frutos, legumes ou vegetais)

5.4. Análise bivariada das frequências dos determinantes.

Os quadros 43 a 51 descrevem, para a população total e de cada sexo, as prevalências de cada um dos determinantes de saúde em estudo, segundo as categorias de 1 dos outros factores. Simultaneamente, apresenta-se a significância do teste de qui-quadrado para a associação entre as categorias das variáveis, tomadas duas a duas.

Os quadros 43 a 45 descrevem as prevalências do consumo de risco de bebidas alcoólicas, alimentação não saudável e actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, desagregadas pelo grupo dos fumadores e no grupo dos não fumadores. Os quadros 46 a 48 descrevem as prevalências de consumo de tabaco, alimentação não saudável e actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, entre as pessoas com consumo de risco e entre as pessoas sem consumo de risco. Os quadros 49 a 51 descrevem as prevalências de alimentação não saudável segundo a ocorrência de actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde.

Os quadros 52, 53 e 54 descrevem os valores, na população total e em cada sexo, das *Odds Ratios* brutas, resultantes de modelos de regressão logística binária não ajustados, nos quais a variável independente é um dos factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos, e a variável dependente caracteriza um dos outros determinantes em estudo, ou uma variável que contabiliza a combinação entre os restantes três determinantes presentes concomitantemente.

5.4.1. Associação bivariada entre os determinantes.

Quadro 43: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) do consumo de risco de bebidas alcoólicas, alimentação não saudável e actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, segundo o consumo de tabaco na população de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 15 anos residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Ambos os sexos	Não fumadores % (IC95%)	Fumadores % (IC95%)	p
Consumo de bebidas alcoólicas			
Sem risco	92,7 (91,6; 93,7)	83,5 (80,6; 83,1)	0,000
Com risco	7,3 (6,3; 8,4)	16,5 (13,9; 19,4)	
Alimentação			
Saudável	95,5 (94,7; 96,2)	89,7 (87,2; 91,8)	0,000
Não saudável	4,5 (3,8; 5,3)	10,3 (8,2; 12,8)	
Actividade física			
Suficiente	39,4 (37,2; 41,7)	42,4 (38,5; 43,4)	0,143
Insuficiente	60,6 (58,3; 62,8)	57,6 (53,6; 61,5)	

p: nível de significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao-Scott.

Quadro 44: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) do consumo de bebidas alcoólicas de risco, alimentação não saudável e actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, segundo o consumo de tabaco, na população masculina de 15 e mais anos de idade residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Sexo Masculino	Não fumadores % (IC95%)	Fumadores % (IC95%)	p
Consumo de bebidas alcoólicas			
Sem risco	92,0 (90,1; 93,5)	83,9 (80,2; 87,0)	0,000
Com risco	8,0 (6,5; 9,9)	16,1 (13,0; 19,8)	
Alimentação			
Saudável	94,6 (93,2; 95,7)	88,7 (85,4; 91,3)	0,000
Não saudável	5,4 (4,3; 6,8)	11,3 (8,7; 14,6)	
Actividade física			
Suficiente	42,9 (39,6; 46,2)	43,5 (38,8; 48,2)	0,819
Insuficiente	57,1 (53,8; 60,4)	56,5 (51,8; 61,2)	

p: nível de significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao-Scott.

Quadro 45: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) do consumo de bebidas alcoólicas de risco, alimentação não saudável e actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, segundo o consumo de tabaco na população feminina de 15 e mais anos de idade, residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Sexo feminino	Não fumadores % (IC95%)	Fumadores % (IC95%)	p
Consumo de bebidas alcoólicas			
Sem risco	93,3 (91,8; 94,5)	82,8 (77,4; 87,1)	0,000
Com risco	6,7 (5,5; 8,2)	17,2 (12,9; 22,6)	
Alimentação			
Saudável	96,1 (95,1; 97,0)	92,0 (87,7; 94,8)	0,008
Não saudável	3,9 (3,0; 4,9)	8,0 (5,2; 12,3)	
Actividade física			
Suficiente	37,0 (33,9; 40,1)	40,1 (33,1; 47,5)	0,377
Insuficiente	63,0 (59,9; 66,1)	59,9 (52,5; 66,9)	

p: nível de significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao-Scott.

Quadro 46: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) de fumadores, alimentação não saudável e actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, segundo o consumo de risco de bebidas alcoólicas, na população de ambos os sexos de 15 e mais anos de idade residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Ambos os sexos	Consumo de bebidas alcoólicas		p
	Sem risco % (IC95%)	Com risco % (IC95%)	
Consumo de tabaco			
Não fumadores	80,3 (78,8; 81,7)	61,9 (56,5; 66,9)	0,000
Fumadores	19,7 (18,3; 31,2)	38,1 (33,1; 43,5)	
Alimentação			
Saudável	94,2 (93,3; 95,0)	94,5 (91,8; 96,4)	0,829
Não saudável	5,8 (5,0; 6,7)	5,5 (3,6; 8,2)	
Actividade física			
Suficiente	39,1 (36,8; 41,3)	49,4 (43,8; 55,0)	0,000
Insuficiente	60,9 (58,7; 63,2)	50,6 (45,0; 53,2)	

p: nível de significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao-Scott.

Quadro 47: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) de fumadores, alimentação não saudável e actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, segundo o consumo de risco de bebidas alcoólicas na população do sexo masculino de 15 e mais anos de idade, residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Sexo Masculino	Consumo de bebidas alcoólicas		p
	Sem risco % (IC95%)	Com risco % (IC95%)	
Consumo de tabaco			
Não fumadores	71,1 (68,8; 72,3)	52,7 (45,4; 59,9)	0,000
Fumadores	28,9 (26,7; 31,2)	47,3 (40,1; 54,6)	
Alimentação			
Saudável	92,5 (91,0; 93,9)	94,9 (91,0; 97,1)	0,183
Não saudável	7,5 (6,1; 9,0)	5,1 (2,9; 9,0)	
Actividade física			
Suficiente	41,6 (38,5; 44,8)	54,6 (46,6; 62,4)	0,002
Insuficiente	58,4 (55,2; 61,5)	45,4 (37,6; 53,4)	

p: nível de significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao-Scott.

Quadro 48: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) de consumo de tabaco, alimentação não saudável e actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, segundo o consumo de risco de bebidas alcoólicas na população do sexo feminino de 15 e mais anos de idade, residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Sexo feminino	Consumo de bebidas alcoólicas		p
	Sem risco % (IC95%)	Com risco % (IC95%)	
Consumo de tabaco			
Não fumadores	88,5 (86,7; 90,1)	72,8 (65,2; 79,2)	0,000
Fumadores	11,5 (9,9; 13,3)	27,2 (20,8; 34,8)	
Alimentação			
Saudável	95,8 (94,7; 96,6)	94,1 (89,5; 96,7)	0,313
Não saudável	4,2 (3,4; 5,3)	5,9 (3,3; 10,5)	
Actividade física			
Suficiente	36,8 (33,7; 40,0)	43,0 (35,7; 50,6)	0,095
Insuficiente	63,2 (60,0; 66,3)	57,0 (49,4; 64,3)	

p: nível de significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao-Scott.

Quadro 49: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) da alimentação não saudável, segundo a actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, na população de ambos os sexos, de 15 e mais anos de idade residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Ambos os sexos	Actividade física		<i>p</i>
	Suficiente % (IC95%)	Insuficiente % (IC95%)	
Alimentação			
Saudável	94,1% (92,6; 95,3)	94,5% (93,4; 95,4)	0,595
Não saudável	5,9 (4,7; 7,4)	5,5 (4,6; 6,6)	

p: nível de significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao-Scott.

Quadro 50: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) da alimentação não saudável, segundo a actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, na população do sexo masculino de 15 e mais anos de idade no residente em Portugal, no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Sexo Masculino	Actividade física		<i>p</i>
	Adequada % (IC95%)	Inadequada % (IC95%)	
Alimentação			
Saudável	92,2 (89,8; 94,1)	93,4 (91,5; 94,8)	0,370
Não saudável	7,8 (6,8; 9,8)	6,6 (5,6; 7,6)	

p: nível de significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao-Scott.

Quadro 51: Prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) da alimentação não saudável, segundo a actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, na população do sexo feminino de 15 e mais anos de idade residente em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Sexo Feminino	Actividade física		<i>p</i>
	Adequada % (IC95%)	Inadequada % (IC95%)	
Alimentação			
Saudável	96,0 (94,2; 97,3)	95,4 (94,2; 96,5)	0,532
Não saudável	4,0 (2,7; 5,8)	4,6 (3,5; 5,8)	

p: nível de significância estatística para o teste de qui-quadrado ajustado de Rao-Scott.

Da análise dos quadros 43 a 51 é de realçar que os 4 determinantes de saúde em estudo revelaram associações estatisticamente significativas entre si nos seguintes casos:

1. Associação directa entre o consumo de tabaco e o consumo de risco de bebidas alcoólicas em ambos os sexos ($p=0,000$), no sexo masculino ($p=0,000$) e no sexo feminino ($p=0,000$);
2. Associação directa entre consumo de tabaco e alimentação não saudável em ambos os sexos ($p=0,000$) no sexo masculino ($p=0,000$) e no sexo feminino ($p=0,008$);
3. Associação inversa entre o consumo de risco de bebidas alcoólicas e a actividade física insuficiente, em ambos os sexos ($p=0,000$) e no sexo masculino ($p=0,002$).

5.4.2. Efeito de cada factor sobre grupos dos restantes determinantes.

Os quadros 52, 53 e 54 descrevem os valores, na população total e em cada sexo, das *Odds Ratios* brutas, resultantes de modelos de regressão logística binária não ajustados, nos quais a variável independente é um dos factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos, e a variável dependente caracteriza um dos outros determinantes em estudo, ou uma variável que contabiliza a combinação entre os restantes três determinantes presentes concomitantemente.

Na análise das associações entre cada par de determinantes observaram-se *Odds Ratio* estatisticamente significativas entre o consumo de tabaco e o consumo de álcool, assim como entre o consumo de tabaco e a alimentação não saudável, bem como entre o consumo de álcool e a actividade física insuficiente (Quadro 52). O valor mais elevado de *Odds Ratios* observou-se na população feminina, com a possibilidade de consumo de risco de bebidas alcoólicas cerca de 2,9 vezes superior entre as fumadoras do que entre as não fumadoras (*OR*: 2,89; IC95%: 1,98; 4,20), (Quadro 53). Na população masculina esta

associação era mais fraca, mas estatisticamente significativa (OR : 2,20; $IC95\%$: 1,61; 3,01) (Quadro 54).

O facto mais notório era a ausência de associações estatisticamente significativas entre a actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde e os restantes três determinantes ou as diferentes combinações de outros determinantes. No entanto, a análise das estimativas pontuais revelou que este determinante estava positivamente associado com combinações dos restantes três determinantes.

O consumo de tabaco e a alimentação não saudável revelaram os valores mais elevados de associação com as combinações dos outros determinantes, sendo o valor mais elevado da estimativa pontual observado para a associação entre o consumo de tabaco e a presença conjunta dos outros três determinantes ($OR=4,28$; $IC95\%$: 1,85; 9,88).

O consumo de risco de bebidas alcoólicas revelou a associação mais forte com a presença conjunta dos restantes três determinantes ($OR=2,30$; $IC95\%$: 1,26; 4,19), à semelhança do verificado para a alimentação não saudável ($OR=2,52$; $IC95\%$: 1,33; 4,78).

Quadro 52: *Odds Ratios* não ajustadas e respectivos Intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a associação entre quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos e suas combinações, na população portuguesa de ambos os sexos com idade igual ou superior a 15 anos, segundo o número de determinantes de saúde conjuntos (Portugal 2005/2006).

Determinante de saúde dependente					Determinante de saúde independente			
Nº	T	A	S	D	T	A	S	D
1	+	-	-	-	-	-	-	-
	-	+	-	-	2,16 (1,68; 2,79)	-	-	-
	-	-	+	-	0,89 (0,75; 1,04)	0,66 (0,52; 0,84)	-	-
	-	-	-	+	2,16 (1,68; 2,79)	1,27 (0,88; 1,83)	1,10 (0,89; 1,36)	-
2	+	+	-	-	-	-	0,76 (0,54; 1,08)	1,69 (0,98; 2,92)
	+	-	+	-	-	1,96 (1,46; 2,62)	-	2,17 (1,61; 2,92)
	+	-	-	+	-	1,58 (0,83; 3,04)	1,11 (0,74; 1,67)	-
	-	+	+	-	2,60 (1,91; 3,56)	-	-	1,80 (1,18; 2,74)
	-	+	-	+	3,61 (1,79; 7,27)	-	1,38 (0,70; 2,74)	-
	-	-	+	+	2,34 (1,70; 3,26)	1,53 (1,04; 2,33)	-	-
3	+	+	+	-	-	-	-	2,52 (1,33; 4,78)
	-	+	+	+	4,28 (1,85; 9,88)	-	-	-
	+	-	+	+	-	2,30 (1,26; 4,19)	-	-
	+	+	-	+	-	-	1,88 (0,78; 4,54)	-
	+	+	+	+				

Modelos não ajustados; +: presença do determinante; T: Consumo de tabaco diário ou ocasional; A: Consumo de risco de bebidas alcoólicas; S: Actividade física insuficiente; D: Dieta não saudável (ausência de consumo de frutos, legumes ou vegetais, e uso de gorduras saturadas na cozinha);

Quadro 53: *Odds Ratios* não ajustadas e respectivos Intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a associação entre quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos e suas combinações, na população portuguesa do sexo masculino com idade igual ou superior a 15 anos, segundo o número de determinantes de saúde conjuntos (Portugal 2005/2006).

Determinante de saúde dependente					Determinante de saúde independente			
Nº	T	A	S	D	T	A	S	D
1	+	-	-	-	-	-	-	-
	-	+	-	-	2,20 (1,61; 3,01)	-	-	-
	-	-	+	-	0,98 (0,80; 1,19)	0,59 (0,42; 0,83)	-	-
	-	-	-	+	2,05 (1,51; 2,78)	1,07 (0,67; 1,71)	1,22 (0,89; 1,68)	-
2	+	+	-	-	-	-	1,21 (0,76; 1,92)	1,36 (0,72; 2,58)
	+	-	+	-	-	1,65 (1,14; 2,39)	-	1,93 (1,32; 2,82)
	+	-	-	+	-	1,43 (0,79; 2,59)	0,94 (0,60; 1,46)	-
	-	+	+	-	2,85 (1,88; 4,30)	-	-	1,64 (0,90; 2,99)
	-	+	-	+	3,17 (1,27; 7,87)	-	0,75 (0,31; 1,83)	-
	-	-	+	+	2,58 (1,68; 3,96)	1,37 (0,75; 2,48)	-	-
	-	-	-	+	-	-	-	-
3	+	+	+	-	-	-	-	2,33 (1,06; 5,13)
	-	+	+	+	6,44 (1,65; 25,10)	-	-	-
	+	-	+	+	-	2,09 (1,03; 4,24)	-	-
	+	+	-	+	-	-	0,31 (0,09; 1,05)	-
	+	+	+	+	-	-	-	-

Modelos não ajustados; +: presença do determinante; T: Consumo de tabaco diário ou ocasional; A: Consumo de risco de bebidas alcoólicas; S: Actividade física insuficiente; D: Dieta não saudável (ausência de consumo de frutos, legumes ou vegetais, e uso de gorduras saturadas na cozinha);

Quadro 54: *Odds Ratios* não ajustadas e respectivos Intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a associação entre quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos e suas combinações, na população portuguesa do sexo feminino com idade igual ou superior a 15 anos, segundo o número de determinantes de saúde conjuntos (Portugal 2005/2006).

Determinante de saúde dependente					Determinante de saúde independente			
Nº	T	A	S	D	T	A	S	D
1	+	-	-	-	-	-	-	-
	-	+	-	-	2,89 (1,98; 4,20)	-	-	-
	-	-	+	-	0,88 (0,65; 1,17)	0,77 (0,57; 1,05)	-	-
	-	-	-	+	1,96 (1,29; 2,99)	1,50 (0,89; 2,55)	0,91 (0,66; 1,27)	-
2	+	+	-	-	-	-	0,74 (0,41; 1,34)	2,16 (0,84; 5,54)
	+	-	+	-	-	2,31 (1,45; 3,69)	-	2,23 (1,33; 3,74)
	+	-	-	+	-	2,90 (1,14; 7,36)	1,32 (0,59; 2,93)	-
	-	+	+	-	2,56 (1,58; 4,17)	-	-	1,99 (1,05; 3,75)
	-	+	-	+	4,15 (1,44; 11,99)	-	1,56 (0,52; 4,67)	-
	-	-	+	+	2,09 (1,24; 3,52)	1,71 (0,88; 3,31)	-	-
	-	-	-	+	-	-	-	-
3	+	+	+	-	-	-	-	2,35 (0,69; 7,95)
	-	+	+	+	2,91 (0,77; 10,91)	-	-	-
	+	-	+	+	-	2,30 (0,70; 7,61)	-	-
	+	+	-	+	-	-	0,85 (0,17; 4,29)	-
	+	+	+	+	-	-	-	-

Modelos não ajustados; +: presença do determinante; T: Consumo de tabaco diário ou ocasional; A: Consumo de risco de bebidas alcoólicas; S: Actividade física insuficiente; D: Dieta não saudável (ausência de consumo de frutos, legumes ou vegetais, e uso de gorduras saturadas na cozinha);

5.5. Efeito do número de determinantes sobre o estado de saúde e a utilização de cuidados.

A análise do efeito da ocorrência conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos foi estudada sobre duas variáveis caracterizadoras do estado de saúde e da utilização de cuidados de saúde: o número médio de dias de incapacidade nas duas semanas anteriores à entrevista (incapacidade de curta duração), e o número de consultas médicas nos três meses anteriores. A distribuição do número médio de dias de incapacidade de curta duração nas duas semanas anteriores e a distribuição do número médio de consultas médicas nos três meses anteriores à entrevista, segundo as categorias das variáveis demográficas e sociais encontram-se nos apêndices 4 e 5.

Os quadros 55, 56 e 57 descrevem a distribuição, na população total e de cada sexo, do número médio de dias de incapacidade nas duas semanas anteriores, e de consultas médicas nos três meses anteriores, segundo o número de determinantes de saúde.

5.5.1. Análise bivariada.

O número médio de dias de incapacidade de curta duração não era significativamente diferente entre as populações com diferente número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos, quer globalmente, quer em cada um dos sexos (Quadro 55).

Quadro 55: Estimativas populacionais do número absoluto (N), número médio e respectivo intervalo de 95% de confiança para a média (IC 95%), de dias de incapacidade de temporária (nas duas semanas anteriores), por sexo e número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos em níveis de risco, na população com 15 e mais anos de idade em Portugal, em 2005/2006.

Número de determinantes	N	Nº médio de dias de incapacidade temporária.	IC 95% para a média
Sexo masculino			
0	88007	8,3	(6,6 ; 10,1)
1	180333	8,2	(7,0 ; 9,3)
2	83174	6,4	(4,7 ; 8,1)
3 ou mais	23264	7,1	(3,7 ; 10,6)
Sexo feminino			
0	191937	7,4	(6,1 ; 8,7)
1	323627	6,9	(6,0 ; 7,8)
2	87749	6,3	(4,7 ; 8,0)
3 ou mais	18184	9,3	(4,6 ; 14,1)
Ambos os sexos			
0	279944	7,7	(6,5 ; 8,9)
1	503960	7,3	(6,5 ; 8,2)
2	170923	6,4	(5,2 ; 7,6)
3 ou mais	41448	8,1	(5,3 ; 11,0)

Já o número médio de consultas médicas nos três meses anteriores era significativamente diferente entre a população feminina com um ou mais determinantes de saúde relacionados com comportamentos em níveis de risco, quando comparada com a população feminina sem determinantes de saúde relacionados com comportamentos em níveis de risco, quer globalmente, quer em cada um dos sexos (Quadro 56 e Quadro 57). Esta diferença não se verificava na população masculina.

Quadro 56: Estimativas populacionais do número absoluto (N), número médio e respectivo intervalo de 95% de confiança (IC 95%) de consultas médicas nos 3 meses anteriores, por sexo e número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos em níveis de risco, na população com 15 e mais anos de idade (Portugal, 2005/2006).

Número de determinantes	N	Nº médio de consultas médicas nos 3 meses anteriores	IC 95% para a média
Sexo masculino			
0	498110	1,8	(1,7 ; 2,0)
1	1111830	2,0	(1,9 ; 2,1)
2	396221	1,9	(1,7 ; 2,1)
3 ou mais	81706	2,0	(1,5 ; 2,6)
Sexo feminino			
0	855308	2,0	(1,9 ; 2,2)
1	1640324	2,3	(2,2 ; 2,5)
2	363344	2,4	(2,0 ; 2,7)
3 ou mais	74558	2,1	(1,7 ; 2,5)
Ambos os sexos			
0	1353417	2,0	(1,9 ; 2,1)
1	2752154	2,2	(2,1 ; 2,3)
2	759565	2,1	(2,0 ; 2,3)
3 ou mais	156264	2,1	(1,7 ; 2,4)

Quadro 57: Estimativas populacionais do número absoluto (N) número médio e respectivo intervalo de 95% de confiança (IC 95%) de consultas médicas nos 3 meses anteriores, por sexo e número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos em níveis de risco, na população com 15 e mais anos de idade (Portugal, 2005/2006).

Número de determinantes	N	Nº médio de consultas médicas nos 3 meses anteriores	IC 95% para a média
Sexo masculino			
0	4981096	1,69	(1,69 ; 2,00)
1 ou mais	1589757	2,01	(1,89 ; 2,13)
Sexo feminino			
0	855308	2,04	(1,91 ; 2,18)
1 ou mais	2078227	2,32	(2,20 ; 2,45)
Ambos os sexos			
0	1353417	1,97	(1,86 ; 2,08)
1 ou mais	3667984	2,19	(2,10 ; 2,28)

5.5.2. Análise multivariada.

O Quadro 58 descreve as *Odds Ratios*, brutas e ajustadas, resultantes de modelos de regressão logística binária não condicional, em que a variável dependente caracteriza a incapacidade física de curta duração, que ocorreu durante as duas semanas anteriores à entrevista, e a variável independente, factor principal, que contabiliza o número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos.

Apenas se observaram efeitos significativos no caso da população com dois ou mais, e três ou mais determinantes de saúde relacionados com comportamentos, as quais tinham, respectivamente, 1,37 e 1,48 vezes mais possibilidades de ter incapacidade física de duração superior ao percentil 50 (5 dias) da distribuição de incapacidade física de curta duração nas duas semanas anteriores à entrevista.

A estratificação por sexo revela que este efeito apenas se mantém na população masculina com 2,38 vezes mais possibilidade de ter incapacidade física em que a duração seja superior ao percentil 50 da distribuição de incapacidade física de curta duração nas duas semanas anteriores à entrevista.

Quadro 58: Odds Ratios para o efeito da presença conjunta de determinantes de saúde na incapacidade de curta duração (superior ao número médio de 5 dias) nas duas semanas anteriores na população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos, por sexo, em 2005/2006.

Número de determinantes	OR bruta (IC95%)	p (Wald)	OR ajustada (IC95%)	p (Wald)
Ambos os sexos				
0	1	-	1	-
1	0,96 (0,75; 1,23)	0,760	0,97 (0,73; 1,29)	0,837
2	0,99 (0,75; 1,31)	0,943	1,37 (1,01; 1,86)	0,045
3 ou mais	1,27 (0,73; 2,21)	0,391	1,48 (1,17; 1,89)	0,044
Sexo masculino				
0	1	-	1	-
1	1,06 (0,73; 1,53)	0,763	1,0 (0,67; 1,49)	0,995
2	1,09 (0,74; 1,59)	0,668	1,45 (0,97; 2,18)	0,071
3 ou mais	1,47 (0,72; 3,02)	0,290	2,38 (1,08; 5,23)	0,031
Sexo feminino				
0	1	-	1	-
1	0,94 (0,69; 1,29)	0,695	0,97 (0,68; 1,39)	0,873
2	1,03 (0,67; 1,56)	0,903	1,25 (0,74; 2,09)	0,404
3 ou mais	1,24 (0,51; 2,99)	0,636	1,55 (0,55; 4,34)	0,404

Variável dependente: número de dias de incapacidade física nas duas semanas anteriores igual (0=número de dias igual ou inferior ao percentil 50; 1= número de dias superior ao percentil 50).

Variável independente principal: número de determinantes de saúde; categoria de referência=nenhum(0).

Variáveis no modelo: sexo, número de doenças crónicas, profissão.

p: significância estatística para o teste de Wald

O Quadro 59 descreve as *OR*, brutas e ajustadas, resultantes de modelos de regressão logística não condicional, em que a variável dependente caracteriza a utilização de cuidados médicos nos três meses anteriores à entrevista em número igual ou superior a 4 consultas, e a variável independente, factor principal, é a variável que contabiliza o número de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos.

Apenas se observaram efeitos significativos no caso da população com um, ou mais, e dois, ou mais, determinantes de saúde relacionados com comportamentos, as quais tinham, respectivamente, 1,72 e 1,74 vezes mais possibilidades de ter utilizado mais do que quatro vezes cuidados médicos nos três meses anteriores à entrevista.

A estratificação por sexo revelou que este efeito apenas se mantém na população feminina em que a possibilidade de utilização de consultas médicas nos 3 meses anteriores era 1,921 vezes mais no caso da presença de 1 factor de risco e 2,187 vezes mais no caso da presença de 2 factores de risco.

Quando se considerou a presença acumulada, esta relação observou-se com a presença de 1, ou mais factores de risco (1,708 vezes mais). Após estratificação por sexo, verificou-se que esta associação se mantém apenas no sexo feminino (*OR* ajustada: 1,925; IC95%:1,255; 2,952).

Quadro 59: Odds Ratios para o efeito da presença conjunta de determinantes de saúde na utilização de quatro ou mais consultas médicas nos três meses anteriores, segundo o número de determinantes, na população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos, por sexo, em 2005/2006.

Número de determinantes	<i>OR</i> bruta (IC95%)	p (Wald)	<i>OR</i> ajustada (IC95%)	p (Wald)
Ambos os sexos				
0	1	-	1	-
1	1,62 (1,21 ; 2,16)	0,021	1,72 (1,23 ; 2,41)	0,021
2	1,43 (0,95 ; 2,16)	0,348	1,74 (1,08 ; 2,81)	0,015
3 ou mais	1,02 (0,44 ; 2,35)	0,426	1,07 (0,43 ; 2,71)	0,253
Sexo masculino				
0	1	-	1	-
1	1,64 (1,03 ; 2,63)	0,257	1,64 (0,94 ; 2,86)	0,000
2	1,35 (0,71 ; 2,57)	0,316	1,48 (0,70 ; 3,15)	0,316
3 ou mais	1,44 (0,50 ; 4,11)	0,384	1,40 (0,46 ; 4,22)	0,354
Sexo feminino				
0	1	-	1	-
1	1,62 (1,15 ; 2,29)	0,029	1,92 (1,25 ; 2,96)	0,009
2	1,76 (1,05 ; 2,96)	0,037	2,19 (1,17 ; 4,10)	0,003
3 ou mais	0,97 (0,29 ; 3,21)	0,465	0,77 (0,15 ; 3,93)	0,215

Variável dependente: ter consultado o médico 4 ou mais vezes nos 3 meses anteriores; categoria de referência=não(0).

Variável independente principal: número de determinantes de saúde; categoria de referência=nenhum(0).

Variáveis no modelo: sexo, número de doenças crónicas, profissão.

p: significância estatística para o teste de Wald

5.6. Potenciais máximos de prevenção

Considerando as forças de associação entre o número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos e as medidas de alteração do estado de saúde e de utilização de cuidados de saúde, respectivamente: 1) os dias de incapacidade de curta duração nas duas semanas anteriores; 2) o número de consultas médicas nos três meses anteriores, foi possível estimar os potenciais máximos de prevenção, obtidos através da redução do número daqueles determinantes, quer na população exposta (fracção atribuível nos expostos – FAE), quer na população total (fracção atribuível na população – FAP).

No caso dos expostos, o risco de incapacidade de curta duração superior a cinco dias poderia ser reduzido, no máximo, em 27,0%, (IC95%: 24,7%; 29,3%) e em 32,4% (IC95%: (29,1%; 35,7%)), em ambos os sexos, caso se eliminasse a exposição conjunta a, respectivamente, dois e três determinantes de saúde relacionados com comportamentos (Quadro 60). Este potencial máximo de prevenção era muito mais evidente no sexo masculino do que no feminino. No caso da população total, a redução máxima de risco seria de cerca de 5,8% e de 1,8%, respectivamente para a remoção da presença conjunta de dois ou de três determinantes de saúde em ambos os sexos, novamente mais evidente no sexo masculino.

Quadro 60: Fracções (%) do risco de incapacidade de curta duração igual ou superior a 5 dias, e Intervalos de Confiança de 95% (IC95%), atribuíveis, na população exposta (FAE) e na população total (FAP), a cada nível de ocorrência conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos na população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos, por sexo, em 2005/2006.

Número de determinantes	Fracções Atribuíveis nos Expostos (FAE) (IC95%)	Fracções Atribuíveis na População Total (FAP) (IC95%)
Ambos os sexos		
0	-	-
1	-	-
2	27,0 (24,7; 29,3)	5,8 (3,6; 8,0)
3 ou mais	32,4 (29,1; 35,7)	1,8 (1,2; 2,4)
Sexo masculino		
0	-	-
1	-	-
2	76,0 (70,4; 81,6)	8,4 (6,3; 10,5)
3 ou mais	57,9 (52,1; 63,7)	6,3 (5,1; 7,5)
Sexo feminino		
0	-	-
1	-	1,6 (1,4; 1,8)
2	20,0 (16,5; 23,5)	3,1 (1,6; 4,6)
3 ou mais	25,5 (20,6; 30,4)	1,4 (1,1; 1,7)

Nota: omitiram-se as Fracções de Risco Atribuível nos Expostos (FAE) e na População (FAP) em que a OR era inferior ao valor nulo (OR=1)

No caso da utilização de cuidados de saúde, se o número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos em níveis de risco fosse totalmente controlado, isto é se a prevalência das pessoas com um determinante de saúde, ou com dois determinantes de saúde relacionados com comportamentos em níveis de risco fosse nula, poder-se-ia reduzir, respectivamente, em 41,9% (IC95%: 39,9%; 43,9%) e em 42,5% (IC95%: 40,7%; 44,3%) o risco de que as pessoas que reportaram quatro, ou mais, consultas médicas nos três meses anteriores, o fizessem, reduzindo, assim, o volume de utilizadores muito frequentes de consultas médicas (Quadro 61). Aqui, o impacte máximo das medidas de prevenção seria mais evidente nas mulheres expostas do que nos homens expostos aqueles

níveis de ocorrência conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos. Neste caso, o potencial máximo de prevenção revelou o valor mais elevado na população feminina, em que se poderia reduzir em 54,3% (IC95%: 52,8%; 55,8%) o risco de que as pessoas que reportaram quatro, ou mais, consultas médicas nos três meses anteriores à entrevista, as utilizassem.

Na população total, a redução máxima de risco seria cerca de 16,8% e 27,7%, para a remoção da presença conjunta de, respectivamente, 1, ou 2 determinantes 2, em ambos os sexos. Novamente, o potencial máximo de prevenção é mais evidente no sexo feminino (aproximadamente 33,5% e 13,1% respectivamente) do que no masculino (Quadro 61).

Quadro 61: Fracções (%) do risco de utilização de quatro ou mais consultas médicas nos três meses anteriores, e Intervalos de confiança de 95% (IC95%), atribuíveis, na população exposta (FAE) e na população total (FAP), a cada nível de ocorrência conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos na população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos, por sexo, em 2005/2006.

Número de determinantes	Fracções Atribuíveis nos Expostos (FAE) (IC95%)	Fracções Atribuíveis na População Total (FAP) (IC95%)
Ambos os sexos		
0	-	-
1	41,9 (39,9; 43,9)	16,8 (15,6; 18,0)
2	42,5 (40,7; 44,3)	27,7 (26,5; 28,8)
3 ou mais	-	0,26 (0,20; 0,32)
Sexo masculino		
0	-	-
1	39,0 (38,0; 40,0)	23,7 (22,5; 24,9)
2	32,4 (31,3; 32,4)	8,9 (8,01; 9,79)
3 ou mais	28,6 (27,4; 29,8)	1,9 (1,45; 2,35)
Sexo feminino		
0	-	-
1	47,9 (46,1; 49,7)	33,5 (31,9; 35,1)
2	54,3 (52,8; 55,8)	13,1 (12,4; 13,8)
3 ou mais	-	-

Nota: omitiram-se as Fracções de Risco Atribuível nos Expostos (FAE) e na População (FAP) em que a OR era inferior ao valor nulo (OR=1)

6. Discussão dos resultados

Nas suas dimensões de risco, os quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos estudados neste trabalho ocorriam, em 2005, de forma conjunta, mais frequentemente do que seria de esperar na população portuguesa com 15 e mais anos de idade, com padrões de ocorrência diferentes na população masculina e feminina.

De acordo com os resultados, os impactos potenciais resultantes da eliminação dos níveis de risco dos quatro determinantes justificam a proposta de inclusão deste conhecimento no planeamento das futuras intervenções de Saúde Pública em Portugal, bem como na agenda de investigação em saúde.

A natureza dos determinantes estudados neste trabalho, todos relacionados com preferências, escolhas comportamentos, limita o estudo da sua ocorrência conjunta à utilização de dados resultantes de informação reportada pelo próprio.

6.1. Validade interna dos resultados

6.1.1. Tipo e delineamento geral do estudo

Devido ao seu carácter observacional e transversal, o estudo epidemiológico realizado e agora apresentado, não permite estudar, na perspectiva da causalidade, as relações de dependência entre as variáveis que caracterizam as exposições e os resultados em foco na população, mas, apenas, proceder a comparações internas, através do cálculo de medidas quantitativas de associação entre as variáveis. Esta abordagem é justificada a propósito da

utilização de dados obtidos em estudos transversais de base populacional, realizados através de inquérito (Schlesselman, 1982; MacMahon, 1996).

Esta limitação metodológica não condiciona a finalidade, nem limita o atingimento dos objectivos estabelecidos *a priori* para o projecto, os quais visam, precisamente, estudar a ocorrência conjunta e concomitante no tempo, transversal portanto, dos 4 determinantes de saúde relacionados com comportamentos, e não as suas relações de interdependência, em que a precedência de um factor poderia explicar a ocorrência de um outro, em seguida.

Das perguntas que serviram como instrumento de recolha dos valores das variáveis que caracterizam esses quatro determinantes, aquelas sobre a alimentação referem-se às 24 horas anteriores, as perguntas relativas ao consumo de bebidas alcoólicas e à actividade física têm um período de referência mais alargado, de uma semana, precisamente a semana anterior à entrevista e recolha de dados. As perguntas sobre o consumo de tabaco referem-se, embora de forma menos definida, ao consumo actual, diário ou ocasional, referido às duas semanas anteriores, tal como descrito na documentação de apoio ao Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (Portugal.MS.INSa, 2004). Assim, pode considerar-se que quer a natureza das perguntas de investigação, quer os períodos de referência utilizados na recolha dos dados, relativos aos quatro factores em estudo não diferem entre si de forma a poderem comprometer a análise da ocorrência concomitante, transversal, daquelas características, designadamente através de viéses temporais (Sacket, 1979).

Em resposta ao objectivo de estudar o efeito que a exposição a diferentes níveis do número de determinantes pode ter sobre o estado de saúde e sobre a utilização de cuidados de saúde, o delineamento transversal do estudo é mais frágil. De facto, na formulação das perguntas utilizadas para caracterizar cada uma destas duas dimensões de resultado, o estado de saúde foi abordado na sua dimensão de alteração aguda, e consequente

incapacidade, referida às duas semanas anteriores à entrevista, enquanto a utilização de cuidados de saúde, se referia a um período de três meses, anteriores à entrevista.

Deste modo, embora a formulação daquelas perguntas permita colocar as variáveis de exposição, a ocorrência conjunta de diferentes números de determinantes de saúde, e as variáveis de resultado relativas à incapacidade de curta duração, num período temporal próximo, o mesmo não sucede com as variáveis caracterizadoras da utilização de consultas médicas, referidas a um período mais longo, de três meses.

A existência de viéses temporais no estudo da associação entre a exposição aos quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos, por um lado, e a alteração aguda ao estado de saúde e a utilização de consultas médicas, por outro é, assim, plausível.

De facto, sendo determinantes para diversas doenças crónicas, os factores estudados poderão, eventualmente, ter sido alvo de controlo após o diagnóstico médico de uma doença crónica, como parte da boa prática médica e da gestão da doença, pelo que a sua frequência pode, naturalmente, se menor entre as pessoas com doença crónica do que entre as pessoas sem doença crónica. Este tipo de viés temporal origina, geralmente, a diluição da medida de associação devido à aproximação das características de exposição dos grupos em comparação, como descrito em relação à cessação do consumo de tabaco em doentes após enfarte agudo do miocárdio, entre outras situações (Szklo, 2000). Neste caso, o impacte máximo resultante da remoção da exposição a conjuntos de determinantes de saúde poderá ter sido subestimado pelo presente trabalho.

Também no caso da incapacidade de curta duração, a suspensão, mesmo temporária, de determinados comportamentos, pode alterar a frequência dos determinantes em estudo nas pessoas que reportaram incapacidade temporária, comparativamente às que a não reportaram.

6.1.2. População alvo, população em estudo e amostra estudada

A população-alvo deste trabalho é a população residente em unidades de alojamento em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. O estudo baseia-se nos dados obtidos de uma amostra aleatória, probabilística, das unidades de alojamento da população alvo, através do INS 2005/2006 (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008b).

Para o presente estudo foi utilizada uma sub-amostra dessa base de microdados que corresponde às semanas 14 a 26 do trabalho de campo, ou seja, o segundo trimestre do trabalho de recolha de dados, em que foram recolhidas as respostas, dadas pelas pessoas entrevistadas, a perguntas acerca das variáveis de interesse para esta análise.

Analisaram-se, assim, dados relativos a 8966 pessoas, ou seja, 21,76% do total de 41193 pessoas cujos dados constam da base de dados final do INS 2005/2006.

Esta escolha, intencional e de conveniência, para análise neste trabalho, dos dados relativos apenas ao segundo trimestre, não afecta a representatividade dos resultados, nem impede a sua extensão à população, uma vez que foi utilizado o factor de multiplicação que pondera especificamente as estimativas obtidas durante aquele trimestre, de acordo com a metodologia elaborada pelo Instituto Nacional de Estatística, permitindo obter estimativas, para a população, dos valores da frequência das variáveis em estudo (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008b).

No entanto, a utilização de dados recolhidos durante o segundo trimestre do trabalho de campo, isto é durante os meses de Maio, Junho, Julho e primeira semana de Agosto, de 2005, é um facto de relevo que merece discussão para a interpretação dos resultados obtidos nesta análise.

Ao referir-se a um trimestre que inclui os meses geralmente preferidos pelos portugueses para as suas férias, a análise pode ter obtido uma menor taxa de resposta devido ao facto de um maior número de unidades de alojamento não se encontrar ocupado nesse período, impedindo, ou distorcendo, a recolha de dados. Esta possibilidade não parece ter-se verificado, de acordo com o relatório final de execução do Inquérito, que indica uma taxa de realização de entrevistas, no segundo trimestre do trabalho de campo, de 78%, isto é, 2% superior à taxa de realização final que foi de 76% (Portugal.MS.INSA, 2009).

Um outro factor de possível enviesamento, decorrente da selecção propositada de dados obtidos durante o segundo trimestre do trabalho de campo, relaciona-se com a sazonalidade da frequência de alguns dos determinantes estudados. Em Portugal, existe evidência a favor de uma tendência semanal no consumo de bebidas alcoólicas, mas não está estudada a distribuição deste determinante ao longo do ano (Lopes, 2008). No entanto, estudos norte americanos revelam que a probabilidade de reporte de consumo de bebidas alcoólicas, em inquéritos de saúde por entrevista, é maior se a entrevista for realizada no mês de Janeiro e menor se for realizada no mês de Março (Cho, 2001). Esta variação sazonal parece estar, também, associada a factores étnicos e culturais, com as pessoas hispânicas a reportar episódios de consumo excessivo pontual (binge drinking) no mês de Junho (Carpenter, 2003).

Assim, o eventual viés de informação decorrente da utilização de dados recolhidos entre os meses de Maio e a primeira semana de Agosto não parece encontrar suporte na literatura internacional, embora careça de investigação na população portuguesa.

À semelhança dos Inquéritos anteriores, a amostra estudada pelo INS 2005/2006 foi seleccionada pelo Instituto Nacional de Estatística a partir da amostra-mãe de unidades de alojamentos. Esta amostra-mãe é utilizada nos inquéritos que aquela instituição realiza

junto das famílias portuguesas, facto que garante, em princípio, uma representatividade máxima dos resultados, uma vez que essa amostra é actualizada periodicamente nos períodos inter-censitários.

A análise de dados efectuada neste trabalho não pode ser extrapolada à população residente em unidades de alojamento colectivo ou não clássicas, uma vez que a selecção da amostra utilizada no INS 2005/2006 excluiu as unidades de alojamento colectivas, às quais não poderão, assim, ser aplicados os resultados e as conclusões deste trabalho (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008b).

A selecção da amostra estudada foi efectuada de forma aleatória e probabilística, em várias etapas, de entre as unidades de alojamento representativas da população residente em Portugal, ao nível das regiões Administrativas (NUTS I e NUTS II) (PORTUGAL.MS.INS.A.INE, 2008b). Este aspecto foi considerado na análise dos dados através da discriminação, para cada unidade de análise, de variáveis necessárias à análise correcta de dados resultantes de inquéritos sobre amostras seleccionadas de forma complexa, isto é, não aleatória simples.

6.1.3. Abordagem da população

Da mesma forma que nos inquéritos nacionais de saúde anteriores, as pessoas que responderam ao INS 2005/2006 foram inquiridas no seu domicílio por entrevistadores treinados, utilizando um questionário estruturado, informatizado e adaptado ao método de entrevista assistida por computador (Computer Assisted Personal Interview – CAPI), composto por perguntas que, na sua maioria, são fechadas, (Portugal.MS.INS.A, 2004).

A utilização da metodologia CAPI em inquéritos de saúde por entrevista é reconhecida como vantajosa, uma vez que facilita o seguimento pelo entrevistador da sequência lógica das perguntas e a aplicação de certas perguntas apenas a pessoas com as determinadas características, factores que contribuem para a diminuição do tempo total da entrevista, assim como de erros de digitação, valores omissos, valores não admissíveis ou incongruentes, com reflexos positivos no menor esforço de validação posterior dos dados (WHO, 1996; US.DHHS, 2011).

A recolha de dados através de entrevistas presenciais, efectuadas por entrevistadores treinados em técnicas gerais de entrevista, bem como na metodologia e nos conteúdos específicos do INS 2005/2006, é outro aspecto recomendado e associado a uma maior qualidade dos dados recolhidos (WHO, 1996).

A restrição da análise a pessoas com idade igual ou superior a 15 anos impossibilita o viés de informação decorrente da situação em que a informação relativa a menores de 15 anos de idade é fornecida por um informador privilegiado, ou seja um adulto residente na unidade de alojamento (Portugal.MS.INSa, 2004).

No caso de pessoas ausentes da unidade de alojamento, ou de pessoas com situações de incapacidade física, ou de outra natureza, que impedissem a comunicação com o entrevistador, admitiu-se a resposta dada por informadores privilegiados, com excepção de algumas áreas de inquirição (Portugal.MS.INSa, 2004). Neste trabalho as variáveis utilizadas resultam de perguntas para as quais se admite a resposta por informador privilegiado, pelo que o viés potencial decorrente desta abordagem não pode ser eliminado. Se bem que a validade das respostas fornecidas por informadores privilegiados seja discutível, esta abordagem é utilizada na grande maioria dos inquéritos de saúde por entrevista, dada a dificuldade em contactar directamente, num mesmo tempo de visita,

todas as pessoas residentes numa mesma unidade de alojamento, assim como pelos custos mais elevados, associados a um maior número de deslocações dos entrevistadores para entrevistar todas as pessoas aí residentes (Aromaa, 2003).

Este tipo de viés verifica-se, geralmente, no sentido da maior sub-notificação de morbilidade existente, e de relato de estados de saúde de pior qualidade do que a realmente existente nas pessoas em questão e parece estar dependente de diversas dimensões como a relação familiar entre o informador privilegiado e a pessoa que havia sido seleccionada (Aromaa, 2003).

Alguns autores observaram viéses deste tipo mais importantes em relação a dimensões subjectivas, como as características psico-sociais, e de menor importância em relação a aspectos mais concretos e observáveis como a doença e a incapacidade (Aromaa, 2003).

A análise estratificada dos dados, ou a restrição da utilização, apenas, aos dados resultantes de respostas fornecidas pelo próprio, são duas abordagens que permitem minimizar este viés potencial, mas, ambas têm como limitação a redução do número de efectivos em análise com a consequente diminuição na precisão das estimativas.

Uma outra fonte potencial de viés resulta da proporção de unidades de alojamento incluídas na amostra para as quais não foi possível obter qualquer informação, situação que, no caso do INS 2005/2006, foi de 23,6%, valor superior ao verificado nos INS anteriores, mas, ainda assim, dentro dos limites verificados noutros países (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008b; Aromaa, 2003).

A comparação de estimativas obtidas por este Inquérito, com estimativas obtidas por outros estudos na população portuguesa, por exemplo a prevalência de fumadores, sugere que a não resposta, já referida, pode não ter resultado em viés de resposta apreciável.

Um outro aspecto, geralmente considerado na análise das ameaças à validade interna dos resultados de inquéritos por entrevista, é a magnitude das situações de “não resposta” devido a recusa dos entrevistados com consequente aumento de valores omissos na base de dados final. Este valor foi de 2% no INS 2005/2005, bastante inferior ao verificado na maior parte dos inquéritos de saúde europeus, o que sugere que a não obtenção de respostas devido a recusa não desempenha um papel importante no enviesamento dos dados utilizados neste trabalho (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008; Aromaa, 2003).

Até que seja incorporado um mecanismo de estudo das não respostas, globais e específicas de item, e considerada a imputação dos dados omissos na base de dados final, não será possível ultrapassar esta limitação na utilização dos dados de inquéritos de saúde com os consequentes viéses. A relativa complexidade destas abordagens técnicas leva a que sejam de difícil implementação, em particular em inquéritos de saúde por entrevista, e estejam sujeitas a críticas, decorrentes, em grande parte, da impossibilidade de validação dos valores imputados (Santibanez, 2005; Zhou, 2001).

6.1.4. A fonte dos dados, o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

A participação activa do autor deste trabalho no planeamento, implementação, análise e disseminação dos dados do INS 2005/2006, à semelhança do que havia sucedido no terceiro INS, realizado em 1998/1999, facilitou o seu reconhecimento dos aspectos a considerar na fase de análise dos dados. No entanto, a análise efectuada sobre a mesma base de dados individuais (micro-dados) não partiu de uma pergunta de investigação prevista na fase de preparação e implementação daquele inquérito, pelo que o objectivo

deste estudo não poderia ter sido tomado em conta durante a preparação, implementação da recolha de dados do Inquérito.

Assim, esta deve ser considerada uma análise secundária da base de microdados do INS 2005/2006, cuja finalidade não foi a de responder a perguntas de investigação específicas, colocadas antes da realização daquele inquérito, mas sim a de corresponder a perguntas de investigação e objectivos de investigação novos e obter estimativas da prevalência dos quatro principais factores determinantes de saúde, da sua ocorrência conjunta e do seu efeito sobre a utilização de cuidados de saúde numa amostra representativa da população residente em Portugal em 2005/2006 (Boslaugh, 2007).

Uma das vantagens desta utilização secundária de dados reside na economia de tempo e de recursos, decorrente da recolha de dados ter sido já efectuada quando do início do estudo (Boslaugh, 2007). As fases de limpeza, validação, codificação e preparação da base de dados para análise, nas quais se inclui o cálculo dos ponderadores populacionais pelo Instituto Nacional de Estatística, embora efectuadas num outro contexto, garantem a validade dos dados e a representatividade das estimativas calculadas (PORTUGAL.MS.INS.A.INE, 2008).

Este é, aliás, o procedimento de diversos organismos que, noutros países, disponibilizam as bases de dados resultantes dos inquéritos nacionais de saúde por entrevista para análise secundária por investigadores (US.DHHS, 2011; Minnessota, 2010; Portugal.INE, 2010).

Uma outra vantagem, que se reflecte na capacidade para responder a múltiplas perguntas de investigação, reside na diversidade das dimensões de saúde captadas por um inquérito geral deste tipo, e na sua disponibilização numa única base informática de microdados, em que, para cada unidade de análise, está disponível um conjunto bastante extenso de valores de variáveis, numa amostra representativa da população residente no país e nas suas

regiões administrativas. Este último aspecto é fundamental para a abordagem de uma pergunta de investigação no âmbito populacional e de saúde pública (Boslaugh, 2007).

Uma das consequências já mencionada desta utilização secundária foi a necessidade de restringir a análise aos dados do segundo trimestre do trabalho de campo, aquele em que o questionário continha, simultaneamente, todos os instrumentos de recolha e perguntas necessárias ao estudo dos factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos e estilos de vida, designadamente a actividade física (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008).

No entanto, uma vez que não foi planeado nem conduzido para responder às perguntas de investigação em questão neste estudo, nem aos objectivos daí decorrentes, o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, e a base de microdados por ele gerada, não inclui alguma da informação que poderia ser útil na resposta aos objectivos do estudo. Um dos aspectos mais importantes que decorre desta situação é a ausência de variáveis que permitam identificar as unidades de observação e de investigação, os indivíduos a quem se referem os dados, de modo a permitir a análise das correlações das variáveis em estudo entre as pessoas residentes numa mesma unidade de alojamento. Esta situação resulta do condicionalismo legal, imposto pela Lei do Segredo Estatístico, e respeitado pelas entidades detentoras da base de dados quando da sua disponibilização para investigação (Portugal.MS.INS.A.INE, 2002; Portugal, 2008c).

Também a disponibilização de diversas variáveis na sua forma agregada, e não contínua, como, por exemplo, a variável “idade”, limitaram a capacidade de utilização de métodos estatísticos paramétricos na análise dos dados.

6.1.5. Variáveis em estudo

Os dados utilizados neste trabalho resultam da aplicação de perguntas cujas respostas, fornecidas livremente pelas pessoas entrevistadas, caracterizam variáveis universais, aceites como representando diversas dimensões sociais, demográficas, de comportamentos e de alteração ao estado de saúde e de utilização de cuidados de saúde (WHO, 1996; WHO, 2003a; Portugal.MS.INS.A.INE, 2008; WHO, 2008b; European Commission, 2009; European Commission, 2010).

As perguntas subjacentes são, na sua maior parte, aceites e seguem as recomendações internacionais. No entanto, nenhum dos instrumentos (conjunto de perguntas utilizado para caracterizar uma determinada dimensão) está validado para a população portuguesa, apesar de alguns terem sido traduzidos, adaptados e utilizados por diversas vezes em estudos sobre a população portuguesa ou subgrupos desta população, como é o caso dos instrumentos utilizados pelos INS já realizados (Portugal.MS.DEPS, 1990; Portugal.MS.DGS, 1998; Portugal.MS.INS.A, 2000; Portugal.MS.INS.A.INE, 2008).

Neste último caso, existe evidência de que, apesar de não validados, alguns dos instrumentos utilizados têm fornecido dados que, ao longo dos anos, permitem obter séries temporais de indicadores, estáveis e com tendências plausíveis face ao conhecimento científico, como é o caso do consumo de tabaco, em que a evolução das prevalências em cada um dos sexos está de acordo com o que seria de esperar face às quatro fases da epidemia tabágica propostas por Lopez, o que pode indicar alguma consistência interna nas dimensões avaliadas (Lopez, 1994).

Embora este facto não permita uma avaliação completa da validade da classificação da população segundo as características em estudo, tida com base na resposta de cada pessoa

a um conjunto de perguntas, deve ter-se em consideração a utilização repetida de instrumentos não validados por parte, entre outros, de organismos oficiais. Por exemplo, a Comissão Europeia utiliza nos seus estudos periódicos através de inquérito por entrevista sobre a saúde da população dos países da União, conjuntos de perguntas e mesmo instrumentos nem sempre validados em todas as populações. O confronto entre o valor referido pelo próprio para a característica em estudo, e a medição objectiva da mesma característica, nem sempre está disponível.

Também o esforço conjunto de realizar um inquérito de saúde por entrevista às populações de todos os países da União Europeia originou um instrumento comum, o questionário do Inquérito Europeu por entrevista, ainda não validado para a totalidade dos países (European Commission, 2010).

Para a caracterização da dimensão “determinantes de saúde relacionados com comportamentos”, foram utilizadas diversas variáveis relativas aos quatro factores determinantes de saúde em estudo, as quais resultaram na classificação final de cada unidade de investigação, cada pessoa, quanto à presença de cada um daqueles factores relacionados com comportamentos nos seus valores de risco (determinante presente, ou ausente, na gama de valores considerados como aumentando o risco de problemas de saúde). Igualmente, para a caracterização da dimensão “Estado de Saúde” e “Utilização de cuidados de saúde” utilizaram-se diversas variáveis relativas à duração da incapacidade nas duas semanas anteriores à entrevista, designada como “incapacidade de curta duração”, e à utilização de cuidados de saúde, designadamente consultas médicas, nos três meses anteriores à entrevista. Esta utilização de variáveis compostas, derivadas a partir de variáveis primárias incluídas na base de microdados, não teve como finalidade construir

escalas de medição, nem medidas conjuntas (scores) pelo que a análise da sua concordância não se afigura necessária.

Para a caracterização das dimensões social e demográfica foram utilizados os dados relativos às seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil de facto, grau de instrução, ocupação, profissão, situação perante a profissão. Destes, apenas os dados relativos à variável sexo foram utilizados na sua forma original. Todos os outros resultaram da recodificação dos dados nas categorias originais em novas categorias, como descrito no capítulo de material e métodos.

A categorização das variáveis que caracterizam as dimensões estudadas levou a que a análise de dados não utilizasse métodos estatísticos paramétricos, mas, apenas, não paramétricos e de regressão logística não condicional. Estes métodos oferecem a vantagem de não dependerem de pressupostos de normalidade na sua aplicação, sendo, por isso, considerados mais robustos nas estimativas que produzem (Kirkwood, 1988).

6.1.5.1. Variáveis caracterizadoras dos determinantes de saúde

Os factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos utilizados neste trabalho são considerados na sua dimensão de risco: consumo actual de tabaco, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, nível de actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, hábitos alimentares não saudáveis. Como será de esperar, a definição de limiares nas escalas de valor destas variáveis influencia em muito os resultados (Law, 1994).

A classificação da população de acordo o **nível de actividade física insuficiente para gerar benefícios para a saúde** baseou-se na definição preconizada pelo CDC, e tem como base as recomendações emitidas pelo Departamento de Saúde do Estados Unidos da América (US.DHHS.CDC, 2005a; US.DHHS.CDC, 2008).

Assim, neste trabalho, a população que declarou ter realizado actividade física vigorosa com duração total inferior a 75 minutos, ou actividade física moderada inferior a 150 minutos, menos do que 10 minutos de cada vez, na semana anterior à entrevista, foram classificadas como não tendo actividade física que gere benefícios para a sua saúde.

No INS 2005/2006, a quantificação do tempo de duração da actividade física foi efectuada através da utilização do questionário IPAQ, instrumento que se encontra validado e tem sido utilizado na população portuguesa (Rabacow, 2006; Poinhos, 2009).

Este instrumento recorre a exemplos de actividades físicas vigorosas, moderadas e sedentárias para enquadrar as respostas dos inquiridos e é considerado como tendo propriedades de medida razoáveis para a monitorização dos níveis populacionais de actividade física entre os 18 e os 65 anos (Craig, 2003).

Apesar de em estudos de validação em populações gerais o IPAQ ter revelado uma razoável reprodutibilidade, a sua validade é relativamente baixa em idosos ou pessoas com alterações na capacidade de memória (Benedetti, 2004).

A fonte de dados do presente trabalho não exclui pessoas que, residindo na unidade de alojamento seleccionada, sejam, por algum motivo, incapazes de fornecer dados. Por um lado, por não incorporar um instrumento de rastreio de perturbações do estado mental, ou da memória, por outro, a informação relativa a uma pessoa com algum tipo de incapacidade pode ser fornecida por informadores privilegiados.

Embora em Portugal não existam recomendações elaboradas com base em estudos nacionais, para o nível de actividade física que deve ser praticado para gerar benefícios para a saúde, a DGS recomenda a realização de, pelo menos, 30 minutos de actividade física cumulativa moderada, todos os dias para obter se benefícios para a saúde, isto é, 210 minutos de actividade física semanal (Portugal.MS.DGS, 2007). Globalmente, esta recomendação corresponde a um tempo de realização de actividade física semelhante ao recomendado pelo CDC (150 minutos de actividade física moderada e 75 minutos de actividade física vigorosa) (US.DHHS.CDC, 2008).

A actividade física orientada para o fortalecimento muscular, preconizada por aquela instituição para ser efectuada em pelo menos dois dias por semana, não foi incluída nesta análise, já que essa informação não é recolhida através do IPAQ. O possível erro, associado a esta omissão, terá tido, muito provavelmente, efeito na estimativa obtida da prevalência de actividade física mas o seu sentido não é passível de esclarecimento.

A caracterização do **consumo de tabaco** foi feita através do estudo de dados relativos aos fumadores actuais, os quais consistem nas pessoas que declararam fumar diariamente, ou ocasionalmente. A inclusão, numa mesma categoria, de fumadores diários e ocasionais, é utilizada por diversas organizações internacionais para a produção de indicadores de monitorização de programas de saúde, bem como por diversos autores em estudos científicos (Canadá, 2009; Kaiser, 2009; Norway, 2009; WHO, 2009b).

No entanto, nos diferentes países europeus onde os dados sobre a prevalência de consumo de tabaco são recolhidos, principalmente, através de inquéritos de saúde por entrevista, não existe, ainda, uma uniformidade nas definições utilizadas, razão pela qual as interpretações devem considerar as definições de caso utilizadas (Kaiser, 2009). Enquanto alguns países e organizações internacionais consideram “fumador” apenas aquelas pessoas

que declaram fumar diariamente, outros incluem nesta definição, também, os fumadores ocasionais (Kaiser, 2009).

Outros países, como o Canadá, com forte tradição de prevenção da doença, incluem os fumadores ocasionais no grupo dos fumadores para efeitos de definição de caso e produção de indicadores de saúde (Canadá, 2009).

Também a OMS inclui o grupo dos fumadores ocasionais na definição de “fumador”, já que considera significativos os riscos do consumo ocasional de tabaco para a ocorrência de doenças relacionadas com o tabaco, facto apoiado por diversos estudos (WHO, 2009; Rosengreen, 1992; Tong, 2006).

De acordo com os dados do INS 2005/2006, os fumadores ocasionais representavam 10,7% dos fumadores actuais e os fumadores diários 89,3% (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008). Não é, assim, negligenciável, o peso que este grupo de pessoas tem na frequência de consumo de tabaco na população, o que aumenta a justificação para a sua inclusão na definição de caso neste trabalho.

Um dos efeitos potenciais da inclusão destes dois padrões de consumo na definição de “fumador” adoptada neste trabalho pode ser a diluição da força das associações entre o consumo de tabaco e outras características, em especial sociais e demográficas. De facto, estão descritas diferenças na distribuição da proporção de fumadores ocasionais e de fumadores diários, em diferentes idades, bem como o efeito de diluição das estimativas de associação, originadas por tendências opostas naquela distribuição, ao estudar a associação entre a prevalência de fumadores e outros determinantes como a classe socioprofissional paterna, o padrão de consumo e o local de maior consumo, ou a apetência para a cessação tabágica (Sweeting, 2001; Tong, 2006; Oksuz, 2007).

Uma das abordagens possíveis de evitar este efeito potencial, a análise estratificada dos dados relativos a cada uma das categorias de fumadores, diários e ocasionais, originaria um pequeno número de indivíduos em cada categoria desagregada pelas categorias de outras variáveis, ou ao estudar a ocorrência conjunta destes dois padrões de fumadores com os outros três determinantes, com uma menor precisão das estimativas populacionais.

As pessoas que declararam estar expostas passivamente ao fumo de outras pessoas não foram incluídas na definição de fumador utilizada. Apesar de a exposição ao fumo de outras pessoas, muitas vezes designada “exposição passiva”, ter conhecidos efeitos deletérios na saúde, em 2005 esta situação podia corresponder não a comportamentos e escolhas pessoais, mas, ainda nessa altura, a situações onde o poder de escolha não era absoluto, como por exemplo no local de trabalho, em restaurantes ou outros locais recreativos, uma vez que a Lei de protecção dos não fumadores apenas foi implementada em 2007 (Portugal, 2007).

Para caracterizar o **consumo de bebidas alcoólicas perigoso para a saúde** utilizou-se a definição preconizada pelo CDC, a qual se baseia nas recomendações alimentares para os Norte Americanos, emitida conjuntamente pelos Departamentos de Saúde e de Agricultura do Estados Unidos da América (US.DHHS.CDC, 2010; U.S.DHHS.CDC, 2005; U.S.DHHS.CDC, 2010a; U.S.DHHS.CDC, 2010b).

Assim, neste trabalho, a população com um consumo declarado de bebidas alcoólicas, na semana anterior à entrevista, que fosse superior, em média por dia, a mais do que duas bebidas alcoólicas, no caso do sexo masculino, e a mais do que uma bebida alcoólica, no caso do sexo feminino, ou seja com consumos perigosos, foram classificadas como bebedores de risco.

A quantificação do número de bebidas alcoólicas, consumidas em média por dia por cada pessoa, foi efectuada utilizando o número de copos que foi declarado pelo entrevistado como consumido, em média, por dia, durante a semana anterior à entrevista, para cada um dos tipos de bebida estudados (vinho, cerveja, licores, Whisky e Gin, aguardentes e Vodka).

Em Portugal, de acordo com a proposta apresentada pelo Instituto da Droga e Toxicodependência para um Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool - 2009-2012, considera que, embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados para as diferentes bebidas têm quantidades idênticas de álcool, o que corresponde a uma unidade bebida padrão com cerca de 10 a 12 g de álcool puro (Portugal.MS.IDT, 2009).

A quantidade de álcool é, ainda de acordo com este texto, idêntica por copo padronizado de vinho (a 12°), cerveja (a 5°) e destiladas (a 40°), facto que permite quantificar as unidades de bebidas ingeridas, e calcular o número total de bebidas consumidas diariamente ou semanalmente (Portugal.MS.IDT, 2009).

Estes valores de teor alcoólico são ligeiramente inferiores ao valor de 13,7g de álcool puro indicados pelo CDC para o conteúdo em etanol de uma bebida padrão, pelo que a diferença entre as duas definições pode ter resultado, neste estudo, na inclusão de pessoas com consumos inferiores a 13,7g de etanol na categoria de bebedores de risco. Assim, uma mulher que declarou consumir apenas uma bebida alcoólica por dia, foi, neste trabalho, classificada como bebedora sem risco, enquanto uma mulher com consumo de duas bebidas alcoólicas por dia foi classificada como bebedora de risco. Apesar de no primeiro caso poder existir viés de classificação, já que a quantidade de 12 gramas de etanol na bebida padrão em Portugal é inferior à quantidade de 16,3 gramas de etanol da

bebida padrão nos Estados Unidos da América do Norte, tal não se verifica no segundo caso, situação em que o consumo é claramente superior ao valor de 16 gramas de consumo diário de álcool puro, acima do qual é considerado haver risco para a saúde como indicado na referida proposta de Plano de redução dos problemas ligados ao álcool.

Também no sexo masculino, o valor indicado naquele Plano para o consumo de risco, 24g de álcool puro por dia é atingido pelo consumo de duas bebidas alcoólicas padrão, de acordo com o preconizado pelo CDC (Portugal.MS.IDT, 2009; US.DHHS.CDC, 2005; US.DHHS.CDC, 2010a; US.DHHS.CDC, 2010b).

Os **hábitos alimentares não saudáveis** foram caracterizados através dos dados sobre consumo de frutos, legumes ou vegetais no dia anterior à entrevista, e sobre o tipo de gordura mais utilizada na confecção de alimentos, nomeadamente banha, margarina ou manteiga. Estas são gorduras de origem animal, ricas em ácidos gordos saturados, associadas desde há longa data ao aumento indesejável dos níveis de lípidos do sangue, aterosclerose, doença isquémica cardíaca e doença cerebrovascular, entre outras (WHO, 2004). Por sua vez, o consumo de frutos, legumes ou vegetais, alimentos com elevados teores em fibras vegetais, hidratos de carbono complexos, vitaminas, substâncias antioxidantes e sais minerais é, desde há muito, associado a padrões alimentares saudáveis, protectores de doenças neoplásicas, ateroscleróticas, obesidade e diabetes (WHO, 2003c; WHO, 2004).

Foram classificadas como tendo um padrão alimentar não saudável, as pessoas que referiram não ter consumido frutos, legumes ou vegetais no dia anterior à entrevista e, simultaneamente, utilizarem margarina, manteiga, ou banha como as gorduras preferidas para a confecção de alimentos na unidade de alojamento.

A área da alimentação e nutrição não se encontra devidamente desenvolvida nos Inquéritos Nacionais de Saúde até agora realizados, pelo que a análise deste determinante, complexo por si só, pode não ser totalmente captada através desta fonte de dados. O desenvolvimento mínimo que esta área de informação tem no Inquérito Nacional de Saúde pode, assim, ter limitado a capacidade da sua classificação correcta na população com resultante viés de classificação.

Sendo um inquérito geral de saúde, com a vantagem de permitir caracterizar diversas áreas de inquirição, simultaneamente, em cada pessoa inquirida, o INS não permite, por outro lado, abranger, nem aprofundar totalmente as características em estudo. Este equilíbrio, entre o número de áreas de inquirição e dimensões que se pretendem caracterizar, e a profundidade com que cada uma é abordada, é procurado na fase de selecção das áreas de inquirição e, sobretudo, na fase de elaboração do questionário, tendo em atenção a utilização que os resultados podem ter, quer para o planeamento e a administração em saúde, quer para a investigação (Portugal.MS.INSa, 2009).

A área de alimentação e nutrição tem sido, nos últimos quatro INS uma das menos completas, destinada, sobretudo, a complementar e a servir de introdução à área de inquirição que visa caracterizar o consumo de bebidas alcoólicas, área igualmente importante, mas de difícil abordagem devido aos aspectos estigmatizantes a ela associados (Portugal.MS.DEPS, 1990; Portugal.MS.DGS, 1998; Portugal.MS.INSa, 2000; Portugal.MS.INSa, 2008).

Ao utilizar um questionário alimentar com um número reduzido de itens de inquirição e perguntas, a classificação dos indivíduos quanto a este determinante foi efectuada considerando a referência pelos entrevistados à ausência de consumo de fruta, legumes ou vegetais no dia anterior à entrevista, ou a referência a gorduras saturadas como as mais

frequentemente utilizadas na confecção e alimentos em casa, como indicadores de alimentação não saudável.

Este desenvolvimento mínimo resulta, em parte, das exigências técnicas e logísticas necessárias à inclusão de instrumentos mais completos para a caracterização alimentar e nutricional em inquéritos de saúde gerais por entrevista.

No entanto, alguns autores consideram que nem sempre é necessário grande detalhe de informação, característico dos inquéritos alimentares e nutricionais, quando o objectivo é caracterizar e classificar a população em grandes categorias de hábitos alimentares (Andersen, 2002; Rohrmann, 2003; Kim, 2003).

Assim, o inquérito alimentar nas 24 horas anteriores à entrevista, instrumento utilizado no INS 2005/2006, à semelhança dos inquéritos anteriores, tem sido recuperado, entre outras formas breves de inquérito de frequência alimentar, como instrumento útil em inquéritos gerais de saúde por entrevista, devido à sua facilidade de inclusão em questionários já de si geralmente longos, bem como pela sua capacidade, cada vez mais reconhecida, de permitir uma boa classificação da população quanto a padrões alimentares (Crozier, 2010; Rohrmann, 2003; Kim, 2003; Thompson, 2004).

A OMS, por exemplo, utiliza apenas quatro perguntas sobre o consumo de frutos e vegetais em uma semana típica para caracterizar a alimentação da população, através do questionário STEPS, destinado à vigilância de factores de risco para a doença crónica (WHO, 2008b).

Outros estudos sobre factores de risco e determinantes de saúde têm igualmente caracterizado o consumo de frutos, legumes e vegetais através da aplicação de questionários curtos de frequência alimentar, habitual, ou nas últimas 24 horas, com o objectivo de obter dados sobre este determinante (Liang, 1999; Galán, 2005).

6.1.5.2. Variáveis demográficas e sociais

Os dados sócio-demográficos utilizados neste trabalho resultam da aplicação de perguntas que caracterizam variáveis universais, aceites como representando diversas dimensões sociais e demográficas. As perguntas subjacentes são geralmente aceites e seguem as recomendações internacionais (European Commission, 2010).

Foram utilizados os dados relativos às seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil de facto, grau de instrução, ocupação, profissão, situação perante a profissão. Destes, apenas os dados relativos à variável sexo foram utilizados na sua forma original. Todos os outros resultaram da recodificação dos dados nas categorias originais em novas categorias, como descrito no capítulo de material e métodos.

A variável “sexo” foi utilizada nas suas duas categorias de base, sexo masculino e sexo feminino, e não pretende caracterizar o género, uma vez que esta é uma característica relacional que necessita de outras variáveis para poder ser definida (UNESCO, 2003).

O valor da idade individual é recolhido no INS através de duas abordagens contempladas no treino em técnicas gerais de entrevista fornecido aos entrevistadores, são elas: a pergunta directa “quantos anos tem?” ou “qual é a sua idade?”, e a pergunta indirecta “qual a sua data de nascimento?”. No entanto, a base de dados cedida para investigação e utilizada neste trabalho não contem os valores da variável idade na sua forma contínua, ano a ano, mas sim códigos de classes etárias discretas (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008). Esta situação não permite calcular estatísticas paramétricas na análise da relação entre a idade e outras variáveis (Kirkwood, 1998).

A variável “estado civil” está associada a diversas dimensões do estado de saúde, geralmente a situações de saúde mais favoráveis para as pessoas casadas ou solteiras, em especial os homens (Camões, 2008; Oliveira, 2009). Da mesma forma, e independentemente da qualidade conjugal, não estar casado surge como factor de risco para a saúde física, em especial com os homens separados ou divorciados a revelarem uma pior saúde física e mental do que os casados, viúvos ou solteiros (Sherbourne, 1991).

No entanto, a variável estado civil, quando dependente do reconhecimento da situação legal, é insuficiente para a explicação das vias através das quais actua, sendo a caracterização da vivência conjugal, o factor que melhor permite explicar os melhores níveis de saúde, menor morbilidade e menor mortalidade (Hawkins, 2005). Parte deste efeito parece estar relacionado com um maior suporte social e melhor saúde mental da população casada e vivendo junta (Sherbourne, 1990).

Neste trabalho, foi criada uma nova variável, composta pelos valores da variável “estado civil legal” e da variável “vivência conjugal”, o que permite distribuir a população por categorias mais completas já que a vivência conjugal permite incluir na mesma categoria pessoas em estado legal casado e pessoas que vivem conjugalmente, ao mesmo tempo que retiram da categoria “casado” pessoas separadas mas ainda não divorciadas legalmente.

O mais elevado grau de instrução atingido, variável utilizada neste trabalho, é um importante determinante de saúde. Neste trabalho manteve-se isolada a categoria que caracteriza a ausência de instrução e distinguiram-se as restantes categorias de acordo com a classificação ISCED proposta pelo organismo das Nações Unidas UNESCO (UNESCO, 2006).

Embora a definição do nível de instrução seja directa, esta variável interage com diversas outras, como o sexo, a idade e a ocupação. As mulheres tiveram ao longo das décadas

menor possibilidade de obter um nível de ensino mais elevado do que os homens, o que se pode ainda fazer sentir nos grupos etários mais elevados neste estudo.

O nível de ensino máximo alcançado acompanha o desenvolvimento etário pelo que atingir um nível de ensino mais elevado não é possível em idades mais baixas. Neste trabalho, excluíram-se pessoas com idade inferior a 15 anos, pelo que apenas o nível secundário e superior estão associados à idade dos indivíduos estudados e podem ser confundidos pela idade na sua associação com outras variáveis determinantes de saúde.

Neste trabalho não foi diferenciada a população com níveis de ensino incompletos, embora sejam conhecidos os efeitos diferenciais que níveis completos ou incompletos de ensino têm na saúde. Da mesma forma, a impossibilidade de detalhar o nível de ensino não permite analisar as relações complexas que esta dimensão sócio-demográfica tem com dimensões de saúde. Por exemplo, o tipo de curso ou disciplinas escolhidas e frequentadas ao longo do percurso escolar, a qualidade das escolas, ou as actividades circum-escolares têm efeitos pouco conhecidos na saúde, em especial nos comportamentos associados.

A ocupação foi classificada neste trabalho de modo a permitir diferenciar a população de acordo com a sua posição, activa ou inactiva, face à actividade económica e não de acordo com a profissão, alvo de uma outra variável (Portugal.MS.INSa, 2004).

As categorias originais, disponibilizadas com a base de dados para análise por investigadores, resultaram da fusão de categorias que constam no questionário aplicado à população: Trabalhadores Activos, Desempregados, Reformados, Estudantes, Donas de Casa, Permanentemente Incapacitados, Estagiários não remunerados, Outras situações (Portugal.MS.INSa, 2004).

Neste trabalho, a categoria de ocupação “donas de casa”, geralmente com frequência exclusiva de mulheres, foi incluída na categoria “activo”, geralmente reservada a

trabalhadores de ambos os sexos em idade activa. Esta fusão foi condicionada, em parte, pelo pequeno número de pessoas que declararam esta ocupação no trimestre do trabalho de campo cujos dados foram utilizados na análise. No entanto, também as alterações sociológicas operadas na população incluída na faixa etária onde normalmente estes dois grupos ocupacionais se inserem, a denominada “idade activa” levam a que se considere que o trabalho do grupo dos indivíduos domésticos tem elevado valor social e deva, portanto, ser equiparado ao dos “activos” (Gil, 2010).

Importa referir que a inclusão, ou não, das pessoas com ocupação de “doméstica” ou “donas de casa” na contabilização da população activa tem sofrido alterações progressivas, em especial entre os diversos Censos à população (Carrillho, 1991). Actualmente, de acordo com a definição utilizada pelo Instituto Nacional de Estatística, “Doméstico” é aquele indivíduo que, não tendo um emprego nem estando desempregado, se ocupa principalmente das tarefas domésticas no seu próprio lar (Portugal.INE, 1998).

Este conceito abre, assim, espaço a uma grande heterogeneidade no grupo dos indivíduos domésticos e a que nele se incluam diferentes tipos de pessoas: as que se ocupam parcialmente de outras tarefas que não as domésticas; as que, por opção, ficam em casa a cuidar das tarefas domésticas, independentemente das suas qualificações; as que são forçadas à situação de doméstica após desemprego de duração mais ou menos longa (Aquilini, 2003).

Apesar das donas de casa, geralmente mulheres, poderem não ter características completamente comparáveis com as da população activa, considerando os ambientes diferentes frequentados por ambos os grupos, cada vez mais essas diferenças são esbatidas pelo acesso facilitado aos meios de comunicação social e aos diferentes papéis esperados de uma dona de casa actualmente (Gil, 2010).

Da mesma forma, a razão para a fusão dos grupos de ocupação “estudantes” e “estagiários não remunerados”, por um lado, e “reformados” e “permanentemente incapacitados”, por outro, pode ter ocultado comportamentos diferentes relacionados com saúde. Os estagiários não remunerados, por exemplo, incluem pessoas que completaram algum nível de ensino, ou que tendo abandonado o ensino procuram uma colocação profissional.

A actividade profissional foi caracterizada através da classificação da profissão principal, aquela em que o indivíduo ocupa mais tempo, ou seja, o ofício ou modalidade de trabalho, remunerado, ou não, a que corresponde um determinado título ou designação profissional, constituído por um conjunto de tarefas que concorrem para a mesma finalidade e que pressupõem conhecimentos semelhantes (Portugal.MS.INSa, 2004).

As relações entre actividade profissional e saúde são complexas e envolvem outras variáveis como as tarefas desempenhadas, o suporte social, a idade, o sexo, o grau de instrução. Estas relações estão documentadas, geralmente, quanto aos efeitos de exposições profissionais, ou do desemprego na saúde (Creek, 2008).

Alguns autores consideram a utilização da variável ocupação profissional conceptualmente similar à utilização da variável que caracteriza o nível de ensino, uma vez que ambas são, geralmente, utilizadas sem atender à especificidade das suas dimensões internas.

No caso da profissão principal, tal como definida neste trabalho, a decomposição em aspectos como o rendimento associado, as características do ambiente de trabalho ou dos ambientes onde as pessoas ocupam os seus tempos, os horários de trabalho e de lazer, a satisfação com a ocupação, os benefícios de saúde associados à ocupação, entre outras dimensões, são algumas das dimensões associadas às escolhas de saúde e aos comportamentos relacionados com determinantes de saúde.

Também a escolha, nas idades mais jovens, de ocupações pouco diferenciadas, parece ter efeitos negativos sobre a saúde na idade adulta, facto que não foi estudado neste trabalho (Fletcher, 2009).

A variável “situação na profissão” caracteriza a relação de dependência, ou independência, dos indivíduos activos no exercício da profissão, em função dos riscos económicos em que incorre e da natureza do controlo que exerce na empresa.

A combinação das categorias iniciais desta variável teve como objectivo agrupar indivíduos com origem da remuneração e relações de poder similares. Assim, as categorias “Trabalhadores por conta de outrem” e os “Trabalhadores para um familiar não remunerado” foram conjugadas numa única categoria, o mesmo acontecendo com os “Trabalhadores por conta própria isolados” e os “Trabalhadores por conta própria, empregadores” (Portugal.MS.INSa, 2004).

6.1.5.3. Variáveis caracterizadoras do efeito dos determinantes

A caracterização dos efeitos que os quatro determinantes de saúde em estudo têm na saúde da população recorreu a variáveis incluídas em duas dimensões: alteração ao estado de saúde de curta duração, e utilização de cuidados de saúde nos três meses anteriores à entrevista.

A alteração ao estado de saúde de curta duração foi caracterizada de forma global recorrendo ao indicador de incapacidade de curta duração que quantifica o número de dias de incapacidade nas duas semanas anteriores à entrevista (PORTUGAL.MS.INSa, 2004).

O “número de consultas médicas nos últimos três meses” foi utilizado para caracterizar a utilização de cuidados de saúde e a qual foi categorizada em quatro categorias, como descrito anteriormente.

A incapacidade física de longa duração, uma das consequências potencialmente importantes devida aos quatro determinantes em estudo, não foi analisada uma vez que não esteve incluída no trabalho de campo do INS 2005/2006 no mesmo período de tempo que aquele onde decorreu a recolha de dados sobre a actividade física (semanas 14 a 26) (PORTUGAL.MS.INS.A.INE, 2008).

6.1.6. Análise dos dados

Os dados recolhidos através do INS 2005/2006 permitiram, pela primeira vez, obter estimativas para a população portuguesa das frequências, absolutas e relativas de indicadores de estado de saúde, determinantes de saúde e utilização de cuidados de saúde. Esta extensão dos dados à população portuguesa é possível através da utilização de ponderadores amostrais e da consideração na fase de análise dos dados do desenho complexo da amostra (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008).

No presente trabalho, toda a análise estatística foi efectuada tomando em consideração o desenho complexo da amostra e a aplicação de ponderadores amostrais, pelo que todos os valores e testes estatísticos obtidos se referem a frequências ponderadas, populacionais, como descrito no capítulo “material e métodos”, e não a frequências amostrais.

Os valores das variáveis recodificadas pelo INE devido à Lei do Segredo Estatístico constam de uma lista cedida a todos os investigadores e aqui também utilizada (Anexo 4).

São essas variáveis: idade, grau de instrução, ocupação, profissão e situação perante a profissão.

Dado que o objectivo deste trabalho inclui o estudo da variável “actividade física”, foi utilizado o ponderador criado especificamente para esta área de inquirição (pond4), de acordo com o esquema de utilização de ponderadores fornecido aos investigadores quando da cedência da base de microdados para análise (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008).

A área “actividade física” no INS 2005/2006 utilizou o instrumento IPAQ recomendado pelo EUROSTAT na sua versão curta, com 11 perguntas. Dada a extensão do questionário do INS 2005/2006, o instrumento IPAQ foi aplicado apenas entre as semanas de trabalho de campo nº14 a nº26. Assim, neste trabalho, a análise dos dados foi restringida a estas semanas, algo que a utilização do ponderador nº4 realiza automaticamente para todas as áreas de inquirição e perguntas do INS 2005/2006.

O cálculo de uma nova variável, identificadora da unidade primária de amostragem (Primary Sampling Unit – PSU), a que cada unidade de observação, cada pessoa, pertence é um passo necessário para a análise correcta de dados obtidos a partir de uma amostra populacional complexa, nomeadamente por tomar em consideração a correlação entre os dados obtidos numa mesma PSU. Esta variável, conjuntamente com a variável identificadora do estrato, neste caso a NUTS2 e com o ponderador populacional de cada indivíduo, são os elementos mínimos para uma análise deste tipo (MacDowel e Pitblado, 2002; Maletta, 2001).

A base de microdados utilizada foi aquela que é oficialmente disponibilizada pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e pelo INE com os dados finais do INS 2005/2006. Os valores das variáveis recodificadas pelo INE devido ao segredo estatístico constam de uma lista cedida a todos os investigadores e aqui também utilizada

(Portugal.MS.INS.A.INE, 2008). A impossibilidade de utilizar todos os valores de algumas das variáveis de caracterização demográfica e social, descrita na secção de material e métodos quando da definição operacional das variáveis, diminui a informação disponível relativamente a cada característica em estudo, além de impossibilitar a utilização de métodos paramétricos na análise dos dados.

O INS 2005/2006 estudou apenas a população residente em unidades de alojamento familiar em Portugal. Estão, assim, excluídas deste trabalho as populações residentes em alojamentos colectivos como escolas, lares, hospitais, prisões e mosteiros, o que impede que os resultados lhes sejam aplicados. (Portugal.MS.INS.A.INE, 2008; Portugal, 2009).

Geralmente, os alojamentos colectivos estão associados a algum tipo de homogeneidade dos seus utentes, idosos, presos, órfãos, entre outros. Numa análise dos dados do Inquérito Nacional Canadiano de Saúde realizado em 1996/1997, relativos à população residente na comunidade e à população residente em instituições, Asakawa concluiu que existia uma importante heterogeneidade na frequência de determinantes de saúde entre aquelas duas populações, sendo os determinantes clássicos menos importantes na população institucionalizada (Asakawa, 2009). Este é mais um argumento favorável à futura realização em Portugal de um inquérito de saúde que inclua a população institucionalizada.

Uma segunda restrição, desta vez na fase de análise, resultou da selecção para este trabalho do subconjunto de dados relativos às pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, obtidos durante as semanas 14 a 26 do trabalho de campo. Esta restrição resulta da necessidade de responder a duas condições: a disponibilidade de dados relativos aos quatro factores determinantes em estudo e a utilização de dados obtidos através de instrumentos recomendados. De facto, o questionário do INS 2005/2006 apenas incluiu

todas as dimensões de saúde e variáveis cuja análise secundária permite responder aos objectivos definidos para este trabalho entre as semanas 14 a 26, isto é, no segundo trimestre do trabalho de campo que teve início em Fevereiro de 2005. A restrição utilizada remove uma das capacidades que o INS tem para acomodar as possíveis variações sazonais dos dados de algumas características que podem ter variação ao longo do ano.

Os dados utilizados neste trabalho foram recolhidos entre as semanas 14 a 26 do trabalho de campo, iniciado em princípio de Fevereiro de 2005, e coincidem, portanto, com os meses de primavera e verão daquele ano (Junho a Agosto) pelo que não se pode excluir a possibilidade desta selecção condicionar os resultados obtidos.

A literatura científica fornece, aliás, evidência sobre a distribuição sazonal para cada um dos quatro determinantes de saúde em estudo neste trabalho. Embora não se tenha encontrado investigação publicada sobre este tema em Portugal, a venda e o consumo de tabaco revelam uma distribuição sazonal, de acordo com diversos estudos internacionais (Chandra e Chaloupka, 2003; Wellman, 2003, Momperrouse, 2007). Entre as razões encontradas estão a decisão de parar de fumar, frequente no final do ano, a iniciação tabágica entre os jovens, mais frequente nos meses quentes, e as restrições ao consumo de tabaco em ambientes fechados (Wellman, 2003, Momperrouse, 2007). Neste trabalho, a exclusão da análise dos dados relativos a jovens com idade inferior a 15 anos, grupo etário onde se encontra o período de iniciação tabágica, sugere que a circunscrição da recolha dos dados aos meses quentes não terá tido efeito nas estimativas da prevalência de consumo de tabaco observadas.

O consumo de bebidas alcoólicas revela, também, diferenças gerais e por tipo de bebida, entre os diferentes meses do ano (Silm, 2005). O consumo de cerveja, por exemplo,

aumenta nos meses mais quentes, e o consumo de vinho e bebidas destiladas aumenta nos meses frios (Silm, 2005).

Entre os resultados mais consistentes está o aumento do consumo de álcool de forma significativa no mês de Dezembro, provavelmente devido às celebrações do Natal e do Ano Novo, bem como nos meses de primavera, provavelmente devido ao aumento da temperatura do ar e à alteração do ambiente social favorável ao convívio onde as bebidas alcoólicas têm um papel relevante (Fitzgerald, 1984; Knibbe, 1993; Uitenbroek 1996; WHO, 1996). Em Portugal, alguns estudos sugerem que o padrão de consumo de bebidas alcoólicas se encontra em mudança, com a cerveja a ser consumidas mais frequentemente, geralmente durante os meses mais quentes (Chen, 2007). Neste trabalho, a utilização de dados recolhidos em meses de primavera e verão pode, assim, ter estado associada a consumos de álcool mais elevados do que noutras épocas do ano. Estas variações devem, no entanto, ser interpretadas com precaução, dadas as relações complexas entre o consumo de bebidas alcoólicas e aspectos culturais e sociais (Silm, 2005).

Em relação ao padrão alimentar, e de uma forma geral, o consumo de carne e gorduras saturadas é mais elevado no Inverno, enquanto o consumo de frutos é mais elevado no verão (Fowke, 2004; Shahr, 2001). Embora o questionário do INS 2005/2006 incluía perguntas acerca da utilização habitual de gorduras na preparação de alimentos e não se refira a um período de tempo específico, as respostas a inquéritos gerais deste tipo revelam que os respondentes tendem a referir-se a período de tempo mais próximo nas suas respostas (Fowke, 2004).

Por seu turno, os estudos sobre o consumo de vegetais originam resultados díspares. Um estudo encontrou um menor consumo nos meses frios, enquanto um outro estudo na China resultou num maior consumo de vegetais naqueles meses (Fowke, 2004; Taylor, 2010).

Portugal revela o aumento mais significativo na disponibilidade de alimentos vegetais entre os países Europeus nas últimas décadas, o que pode sugerir que a eventual sazonalidade não depende da disponibilidade daqueles alimentos (Marques-Vidal, 2006).

Finalmente, deve referir-se que a variação sazonal no consumo de alimentos pode dever-se a características populacionais, sócio-económicas ou climáticas, tal como se verifica com os restantes quatro determinantes em estudo neste trabalho (Shahar, 2001).

A actividade física revela, também, características de sazonalidade em diferentes populações, em especial devido à forte relação entre a permanência ao ar livre, circunstancia dependente das condições climáticas, e o nível de actividade física, (Tucker, 2007).

De acordo com a maior parte dos estudos, os níveis mais elevados de actividade física ocorrem durante os meses de Julho e Agosto, enquanto durante as estações frias os níveis de actividade física tendem a diminuir (Levin, S., 1999; Matthews, 2001; Shahar, 2001; Tucker, 2007). Numa revisão sistemática, Tucker e Gilliland apenas encontraram um estudo, realizado na região norte americana do Texas, que associava a época do verão a menores níveis de actividade física (Tucker, 2007).

Em Portugal, uma análise secundária dos dados obtidos através do estudo internacional Health Behaviour in School Children (HBSC) em crianças e adolescentes entre os 10 e os 17 anos, confirmou níveis mais elevados de actividade física, tanto programada como não programada, durante os meses de primavera e verão, embora apenas no grupo de crianças e jovens classificados como mais activos (Santos, 2004b).

Assim, em relação ao nível de actividade física, os dados analisados neste trabalho podem não representar o nível médio de actividade física durante o ano, mas sim níveis máximos de actividade física.

6.2. Validade externa dos resultados

O conhecimento actual sobre a ocorrência conjunta dos determinantes de saúde relacionados com comportamentos na população portuguesa é escasso, e resulta, geralmente, de análises em que a propósito do estudo de um dos determinantes se apresenta a sua frequência estratificada pelas categorias de um, ou dois, dos restantes determinantes, geralmente o consumo de tabaco e de álcool (Ribeiro, 2004; Gal, 2005; Camões, 2008).

Os indicadores de saúde disponíveis em Portugal acerca destes determinantes também não os abordam de forma conjunta, sendo esta abordagem inexistente nas estatísticas oficiais, ou em relatórios de organismos oficiais (Portugal.MS.DGS, 2007; Portugal.MS.DGS, 2008a; Portugal, ACS, 2010; Portugal: INSA, 2008; Ribeiro, 2004).

Na revisão da literatura efectuada, apenas foi identificado um trabalho em que o número de factores determinantes de saúde era abordado propositadamente (Natário, 1992). Neste trabalho, a autora observou a ocorrência de pelo menos um determinante de saúde em 88% de uma amostra de conveniência dos utilizadores de um centro de saúde na cidade de Lisboa. No entanto, esse estudo abordou, para além dos quatro determinantes principais agora considerados, outros factores, como sejam o número de horas de sono, o número de refeições, ou o stress psicológico, pelo que a comparação directa de resultados entre os dois trabalhos não é possível.

Numa análise da informação clínica disponível em dois hospitais portugueses, relativa aos processos clínicos de 1935 casos de morte com idade entre os 60 e os 70 anos, Antunes

utilizou técnicas de análise de componentes principais para estudar as relações entre classe social e saúde e concluiu pela proximidade do consumo de tabaco e álcool e sua relação com classes sociais menos favorecidas (Antunes, 2010).

A presença de alguns dos determinantes relacionados com comportamentos tem, sobretudo, sido estudada em relação com o síndrome metabólico, a obesidade e algumas doenças (Santos, 2003; Santos, 2007).

O desconhecimento sugerido pela revisão da literatura, reflecte-se na intervenção em Saúde Pública, como ilustrado pela leitura do Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde relacionados com Estilos de Vida, que refere, apenas, a integração das intervenções de Saúde Pública sobre determinantes de saúde relacionados com comportamentos, sem mencionar a necessidade de abordar a ocorrência conjunta de determinantes (Portugal.MS.DGS, 2003b).

Também a circular normativa da DGS que preconiza o cálculo do risco global para a intervenção cardiovascular, utiliza uma abordagem biomédica contemplando, apenas, um dos determinantes comportamentais, o tabagismo, sendo os restantes factores demográficos, clínicos e laboratoriais (Portugal.MS.DGS, 2007b).

O desfasamento temporal entre a recolha dos dados que serviram de base a este trabalho, realizada em 2005/2006, e a sua utilização presente, justificam algum cuidado na interpretação dos resultados devido, em parte, às transformações importantes que são reconhecidas em diversos aspectos dos comportamentos dos portugueses. No entanto, a informação disponível em Portugal, designadamente indicadores de saúde, sugere fortemente que as alterações nos padrões comportamentais têm vindo a afectar a distribuição destes quatro factores, aumentando a frequência com que surgem em níveis de

risco na população, à semelhança de outros países Europeus, embora com tendências e ritmos diferentes (Portugal.MS, 2000; Portugal.MS.DGS, 2007).

Mas também a nível internacional, o conhecimento sobre a ocorrência conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos não é abundante, sendo, geralmente, obtido em estudos que incluem outros factores não comportamentais e variáveis clínicas e laboratoriais (Koo, 1997; Berenson, 1998; Simões, 1999; Cardi, 2009).

6.2.1. Padrão demográfico e social da ocorrência conjunta de determinantes

Numa apreciação global dos resultados agora reportados, pode afirmar-se que, em 2005, quase três quartos da população portuguesa, 71,9%, referia níveis de risco para, pelo menos, um dos quatro factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos que foram alvo deste trabalho, valor ainda mais expressivo na população masculina (74,0%). No estudo de utilizadores de um centro de saúde realizado em 1992, observou-se a presença de dois, ou menos, comportamentos saudáveis em 9,7% da amostra (Natário, 1992).

A característica mais frequente no presente trabalho, a seguir a esta, era a não existência de comportamentos prejudiciais à saúde, reportada por um pouco mais de um quarto da população, com valores mais elevados na população feminina, embora sem diferença estatisticamente significativa em relação à população masculina. Valores aproximados foram observados num estudo de 36000 holandeses, em que 25% dos homens e 28% das mulheres não reportaram nenhum dos sete factores de risco em estudo, entre os quais se encontravam os agora estudados (Hoeymans, 1996). Num outro estudo, realizado na

cidade de Barcelona, apenas 9% da população (9,5% nos homens e 8,3% nas mulheres) não referiu nenhum dos quatro determinantes de saúde agora estudados (Galán, 2005).

Um pouco mais de metade da população com idade igual ou superior a 15 anos reportou um comportamento em nível prejudicial à saúde (51,8%; IC95%: 50,2%; 53,4%), valor significativamente mais elevado entre a população feminina do que na masculina.

No referido estudo da população holandesa, 32% da população masculina e 38% da feminina reportaram um factor de risco, enquanto no estudo Catalão estes valores eram respectivamente 35% e 46% (Hoeymans, 1996; Galan, 2005). Enquanto no primeiro estudo, a diferença pode dever-se, além das diferentes definições de caso, à não inclusão do determinante “alimentação” nos quadros de análise, no segundo, os determinantes em análise eram coincidentes com os do presente estudo.

A ocorrência concomitante de dois, três, ou quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos revelou frequências decrescentes, sempre significativamente superiores na população masculina, excepto no grupo com quatro factores, em que não se observava uma diferença significativa. Esta tendência decrescente foi observada em ambos os estudos já referidos, embora Hoeymans não tenha reportado a frequência de ocorrência conjunta dos quatro factores de risco.

No presente estudo, em cada grupo etário, o aumento do número de determinantes reportados correspondia a prevalências decrescentes, tanto na população total, como após a estratificação por sexo, grupo etário, e restantes variáveis demográficas e sociais. A prevalência de um determinante revelava, na população masculina, um decréscimo desde o grupo etário 15 a 24 anos, até ao grupo etário 35 a 39 anos, e um aumento constante a partir daí até ao grupo de 85 e mais anos, onde atingia o valor máximo de 68,8%, tendência apenas interrompida com decréscimos ligeiros entre os 65 a 69 anos e os 80 a 84

anos. Na população feminina, o decréscimo observa-se até um pouco mais tarde, verificando-se a partir do grupo etário 45 a 49 anos uma tendência crescente até ao valor máximo atingido no grupo etário 80 a 84 anos.

Nenhum dos dois estudos já referenciados permite comparar estes resultados, já que o estudo na população holandesa apenas reporta valores globais, ajustados para a idade, enquanto o estudo realizado na Catalunha apenas reporta valores estratificados para a idade quando se refere à presença de dois ou três determinantes. Neste último trabalho, a frequência de dois ou três determinantes diminui com a idade, à semelhança dos resultados agora relatados.

A posição relativa do número de determinantes de saúde, já descrita, apenas é alterada no sexo masculino, entre os 35 e os 54 anos de idade, em que a presença de dois factores ultrapassa a frequência de ausência destas características.

O aumento com a idade da presença de, pelo menos, um dos determinantes em níveis de risco na população portuguesa, masculina e feminina, é um dos resultados deste trabalho que merece atenção dadas as implicações para a vigilância e controlo através de abordagens populacionais ou individuais.

O perfil mais saudável revelado pela população feminina é indicado pelos valores da razão entre os sexos, utilizada para comparar a prevalência de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos nos dois grupos, a qual revela, de uma forma geral, valores mais elevados no sexo masculino do que no feminino, situação que se verifica em quase todos os grupos etários, com maior evidência entre os 30 e os 69 anos. O valor desta razão nunca se evidencia a favor da população feminina.

Também a presença conjunta dos quatro determinantes, que tem uma menor frequência do que no sexo masculino, embora sem significado estatístico, bem como a presença de dois

dos factores determinantes estudados, que não ultrapassa, em nenhum grupo etário, a frequência da ausência de qualquer um deles, são favoráveis à população feminina.

A prevalência de um determinante era mais elevada na população masculina viúva com 70,4% (IC95%: 59,3%; 79,5%), valor significativamente superior aos observados nas restantes categorias de estado civil de facto, tanto no sexo masculino como no feminino. O segundo valor mais elevado verificava-se, igualmente, entre as pessoas viúvas, mas agora na população feminina, com 62,7% (IC95%: 56,8%; 68,2%) a referir um determinante.

A população viúva revelava prevalências de dois ou mais factores inferiores às verificadas nas restantes categorias de estado civil de facto, sendo que as diferenças não eram estatisticamente significativas apenas no caso da presença de três determinantes no sexo masculino. As frequências pontuais da presença de três ou quatro factores eram sempre inferiores a 5%, e mesmo as estimativas dos seus intervalos de confiança apenas ultrapassavam 10% entre os separados e divorciados de um e de outro sexo.

A presença conjunta dos quatro determinantes revelou prevalências muito baixas em ambos os sexos, não ocorrendo entre a população viúva, nem entre a população separada ou divorciada.

Mais uma vez, a comparação com outros estudos é dificultada por diferenças nos factores em estudo e nas suas definições. Numa análise dos dados do Inquérito de Saúde Escocês, a probabilidade de ocorrência de múltiplos factores de risco era 46% mais elevada entre os divorciados, separados e viúvos do que entre aqueles que nunca haviam casado (Lawder, 2010). Além de combinar os viúvos, separados e divorciados numa única categoria, este estudo inclui entre os factores de risco, também a obesidade e o excesso de peso, pelo que a sua comparação directa não é estritamente possível, embora o padrão geral, desfavorável para a população viúva, separada ou divorciada, seja semelhante.

O estudo MORGEN, realizado em três amostras da população Holandesa, observou a presença concomitante de três ou quatro factores de risco em 27,1% dos homens vivendo sós, mas não entre as mulheres, padrão similar ao agora reportado (Schuit, 2002).

Na distribuição por nível de ensino máximo alcançado, a maior prevalência observou-se em relação à presença de um determinante de saúde na população sem nível de ensino (58,1%; 54,0%; 62,1%). Tanto num sexo como noutro, observou-se um aumento das prevalências pontuais da presença de três e quatro factores à medida que se avançava para níveis de ensino mais elevados, embora sem diferenças estatisticamente significativas.

Estes resultados não são coincidentes com os observados no estudo realizado em Barcelona, no qual a prevalência não ajustada da presença de três ou quatro factores de risco era mais elevada na população masculina mais instruída, mas não na população feminina (Galán, 2005). Também nos dois estudos realizados na população Holandesa, a ocorrência conjunta de factores de risco eram mais frequentes entre a população menos instruída (Hoeymans, 1996; Schuit, 2002).

Na distribuição da prevalência do número de factores determinantes, pelas categorias de ocupação principal, merecem realce as prevalências significativamente mais elevadas de ocorrência de dois e de três determinantes entre os desempregados, comparativamente aos restantes grupos de ocupação. Conjuntamente, a presença de dois e três factores afectava 37,4% da população desempregada (49,3% nos homens desempregados e 26,9% nas mulheres desempregadas), resultado concordante com o observado noutros estudos (Schuit, 2002).

Na distribuição por grupo profissional não se observaram diferenças estatisticamente significativas na frequência da presença de um determinante entre os grupos profissionais estudados, embora os valores das prevalências pontuais sugiram uma tendência

decrecente, tanto num sexo como noutro. Os valores mais elevados ocorriam no grupo de profissões mais diferenciadas e os valores menores no grupo de profissões menos diferenciadas. Esta mesma tendência decrescente pode ser observada em relação à presença de dois, três e quatro factores, em ambos os sexos e no sexo feminino, mas não no sexo masculino, no qual a prevalência de dois, três ou quatro factores era maior no grupo profissional menos diferenciado.

Estes resultados são coincidentes com outros estudos que sugerem um perfil mais desfavorável no sexo masculino, com uma ocorrência conjunta de factores de risco mais frequente na população masculina com profissões menos diferenciadas (Galán, 2005; Lawder, 2010).

Na distribuição da prevalência do número de determinantes segundo as categorias da variável “situação face à profissão”, embora de um modo geral as diferenças não fossem estatisticamente significativas, as prevalências pontuais da presença de um determinante eram mais elevadas entre os trabalhadores por conta própria e empregadores. Já a presença de dois, três ou quatro factores era maior entre os trabalhadores por conta de outrem, com diferenças estatisticamente significativas para a presença de dois factores determinantes, quer num sexo, como no outro.

A situação face à profissão tem sido utilizada na construção de tipologias de estratificação social, sendo o trabalho por conta de outrem associado a classes sociais mais baixas (Antunes, 2010).

Os resultados sugerem, novamente, que a ocorrência conjunta de determinantes de saúde é mais frequente nas classes sócio-profissionais menos favorecidas à semelhança de outros estudos (Galán, 2005; Antunes, 2010; Lawder, 2010). No entanto, os valores obtidos podem estar subestimados, uma vez que as pessoas de estratos sociais menos favorecidos

têm menos probabilidade de ser estudadas por inquéritos de saúde, e têm níveis mais desfavoráveis de factores de risco e de saúde (Hill, 1997). Este viés de selecção pode ter resultado na subestimação das frequências de factores de risco em grupos sócio-económicos desfavorecidos, bem como da sua acumulação, obtidas pelo INS 2005/2006 (Lorant, 2007).

Da análise das **associações bivariadas** entre os quatro determinantes de saúde em estudo, é de realçar as associações estatisticamente significativas entre o consumo de tabaco e o consumo de risco de bebidas alcoólicas. O valor mais elevado destas associações observou-se na população feminina, em que a possibilidade de se verificar um consumo de bebidas alcoólicas de risco para a saúde era cerca de 2,9 vezes superior entre as fumadoras actuais do que entre as não fumadoras (OR: 2,885; IC95%: 1,984; 4,195).

A associação entre o consumo de tabaco e o consumo de risco de bebidas alcoólicas é conhecida e está descrita noutros estudos sobre a agregação de factores de risco (U, 2003; Galan, 2005; Schuit, 2002; Lawder, 2010). Num estudo sobre sedentarismo realizado numa amostra da população da cidade do Porto, Gal observou a existência de associação entre estes determinantes de saúde, embora sem significância estatística (Gal, 2005).

A associação significativa entre o consumo de tabaco e a alimentação não saudável observada neste trabalho em ambos os sexos está, também, de acordo com os resultados de outros estudos (Schuit, 2002).

Em Portugal, e também noutros países, níveis mais elevados de actividade física têm sido associados a menores níveis de consumo de tabaco entre os adolescentes, situação que não foi observada no presente trabalho em que a associação bivariada não atingiu significância estatística ($p=0,377$) (Audrain-MacGovern, 2003; Camões, 2008).

A associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a actividade física inadequada revela padrões inconstantes em estudos diferentes (Williams, 1986; Barret, 1995; Rosal, 2000). Em Portugal havia já sido observada anteriormente uma associação positiva na análise de dados do INS 1998/1999, em que o nível de actividade física era mais elevado entre os não bebedores de ambos os sexos e do sexo masculino (Camões, 2008). No presente trabalho, esta associação era inversa, com a prevalência de actividade física insuficiente a ser mais frequente entre os consumidores de álcool sem níveis de risco. Esta relação encontra-se descrita na literatura e poderá ser explicada pela comparação entre bebedores com e sem risco, e não entre bebedores e não bebedores apenas (Laaksonen, 2001). Uma outra explicação pode residir na percepção, generalizada, da vantagem de consumo moderado de bebidas alcoólicas, que coloca este comportamento como favorável à saúde.

Cada um dos quatro determinantes de saúde revelou associações positivas com as diferentes combinações possíveis dos restantes, com as associações mais fortes a serem observadas quando estes ocorriam em conjunto, situação descrita por outros autores (Hulshof, 1992; Laaksonen, 2001).

A ausência de actividade física com benefícios de saúde revelou associações negativas com cada um dos outros determinantes de saúde. No entanto, a análise das estimativas pontuais revelou que a ausência de actividade física suficiente para beneficiar a saúde estava positivamente associada com combinações dos restantes determinantes, embora sem atingir significado estatístico. Uma explicação pode residir num eventual viés de classificação resultante da não inclusão na recodificação da variável, de informação sobre actividade física dirigidas ao aumento da força muscular, como preconizado pelo CDC na definição de caso para “actividade física suficiente para beneficiar a saúde”

(US.DHHS.CDC., 2008). Esta impossibilidade, deveu-se à ausência de variáveis no questionário que permitam esta caracterização e pode ter diminuído o número de pessoas incluídas na categoria de “actividade física suficiente para gerar benefícios para a saúde”, com a resultante diluição da estimativa da medida de associação.

O consumo de tabaco e a alimentação não saudável revelaram os valores mais elevados de associação com as combinações dos outros três determinantes, sendo o valor mais elevado da estimativa pontual observado para a associação entre o consumo de tabaco e a presença conjunta dos três determinantes ($OR=4,28$; $IC95\%$: 1,85; 9,88). A alimentação não saudável tinha também o valor mais elevado de associação com as combinações possíveis dos outros determinantes quando todos ocorriam conjuntamente ($OR=2,52$; $IC95\%$: 1,33; 4,78). O consumo de risco de bebidas alcoólicas detinha o terceiro valor mais elevado de associação com a presença conjunta de todos os restantes determinantes ($OR=2,30$; $IC95\%$: 1,26; 4,19).

Outros trabalhos reportaram igualmente padrões de ocorrência de determinantes de saúde relacionados com comportamentos, com padrões mais ou menos complexos, nos quais alguns determinantes surgem consistentemente com forças de associação mais fortes do que outros (Hulshof, 1992; Laaksonen, 2001; Galán, 2005; Schuit, 2002).

Esta observação de associações estatísticas fortes entre a presença de cada um dos factores em estudo e a presença dos restantes em conjunto fornece uma indicação da necessidade de investigação adicional e de intervenção quer em ambiente de saúde pública, medicina preventiva, ou clínica, uma vez que, de acordo com os resultados do presente trabalho, a probabilidade de ocorrência de um agregado de determinantes em níveis de risco é elevada e pode ser indicada pela presença de apenas um desses factores.

Sendo importante o rastreio dos determinantes de saúde relacionados com comportamentos, a identificação de apenas um deles deve colocar a hipótese de ocorrência conjunta dos restantes, com diferentes padrões em grupos sócio-demográficos distintos.

Na **análise por sexo dos padrões de ocorrência conjunta** dos determinantes em estudo verificou-se que mais de um quarto da população feminina (30,01%) não reportou nenhum dos factores determinantes de saúde em nível de risco, enquanto no sexo masculino essa frequência foi de 26,06%. A prevalência observada (O) de ausência de todos os quatro determinantes estudados é, assim, mais frequente do que o esperado (E) no sexo feminino ($O/E = 1,09$; IC 95%: 1,08; 1,09) do que no masculino, assumindo independência da ocorrência conjunta dos quatro determinantes face à variável sexo. Este resultado é consistente com o perfil mais saudável revelado pela população feminina neste trabalho.

Pelo contrário, a presença conjunta de todos os determinantes foi pouco frequente na população, sendo, no entanto, observada com maior frequência do que o que seria de esperar no sexo masculino (0,33%) do que no feminino ($O/E = 1,36$; IC95%: 1,33; 1,38), resultado concordante com outros estudos que encontraram padrões de ocorrência conjunta destes determinantes menos favoráveis no caso da população masculina (Galán, 2005).

Na hierarquização das combinações possíveis dos quatro determinantes de saúde estudados segundo a razão entre os valores observados e esperados (O/E), observa-se um padrão diferente em cada sexo. Assim, enquanto no sexo masculino o consumo de tabaco, álcool e a alimentação não saudável surgem de forma isolada com razões O/E elevadas, no sexo feminino, estes determinantes surgem de forma conjunta com frequência superior ao esperado (razões O/E superiores a 1), enquanto a sua ocorrência isolada ocorre com menor frequência do que o esperado.

A observação de padrões de ocorrência de determinantes de saúde diferentes em cada sexo tem sido reportada para outras populações e justifica o planeamento de diferentes tipos de intervenção sobre determinantes de saúde relacionados com comportamentos em cada sexo (Berrigan, 2003; Pappaioanou, 1998).

6.2.2. Efeito dos determinantes no estado de saúde e utilização de cuidados

O número de determinantes estava positivamente associado com a ocorrência de mais dias de incapacidade de curta duração nas duas semanas anteriores à entrevista, depois de eliminar o efeito da idade, nível de instrução, profissão e número de doenças crónicas. A possibilidade de deixar de fazer as actividades habituais naquele período de referência era 37% mais elevada e 48% mais elevada na população com, respectivamente, dois determinantes, ou três determinantes de saúde relacionados com comportamentos, sendo esta possibilidade estatisticamente significativa.

Embora sem significância estatística, os valores desta associação eram crescentes com o número de determinantes presentes de forma concomitante, facto que se verificava tanto na população masculina como na feminina. No entanto, apenas no sexo feminino o valor da associação atingia significado estatístico (OR= 2,38; IC95%: 1,08; 5,23).

Também a utilização de quatro ou mais consultas médicas nos três meses anteriores era mais provável na população com um ou mais, e com dois ou mais determinantes de saúde relacionados com comportamentos do que na população sem algum destes determinantes. Esta possibilidade era 72% superior no caso da presença conjunta de dois determinantes e

74% superior no caso da presença de três determinantes de saúde, embora esta diferença não fosse estatisticamente significativa.

Esta relação estava presente tanto na população masculina como na população feminina, embora apenas nesta última com significado estatístico (92% maior no caso da presença de um determinante e 119% maior no caso da presença de dois determinantes).

A análise do efeito cumulativo de determinantes em níveis de risco sobre a incapacidade deve evidenciar e considerar o efeito da idade, o que foi feito através da estratificação e do ajustamento para a idade dos modelos de cálculo das medidas de associação (Vita, 1998).

6.2.3. Impacte máximo da intervenção sobre agregados de factores

O estudo das fracções de risco de incapacidade de curta duração e de uso de consultas médicas nos três meses anteriores atribuíveis à presença conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos revelou a exequibilidade desta abordagem utilizando dados gerados pelo INS. A quantificação dos potenciais máximos de prevenção obtida através do cálculo das fracções atribuíveis a diferentes números de determinantes de saúde quer nos expostos a esses determinantes (Fracção Atribuível nos Expostos - FAE), quer na população total (Fracção Atribuível na População – FAP), permite dispor de limiares justificáveis para o estabelecimento de metas quando do planeamento e programação em administração de saúde.

Como seria de esperar o potencial de prevenção na população de expostos era mais elevado do que na população total, e dependia, nesta última medida, da prevalência populacional dos aglomerados de determinantes (Dever, 1994; Lilienfeld, 1994).

No caso da incapacidade de curta duração, o potencial máximo de prevenção era mais elevado na população de expostos (27% para a eliminação da exposição a dois factores conjuntos e 32,4% para a eliminação da exposição a três ou mais factores conjuntos) do que na população total (5,8% e 1,8% respectivamente), considerando ambos os sexos. A população masculina de expostos a aglomerados de determinantes obteria ganhos ainda mais evidentes (76% no caso da eliminação da exposição a dois factores e 57,9% no caso da eliminação da exposição a três ou mais factores). Estes ganhos máximos potenciais diminuem no caso de intervenções dirigidas à população total mantendo-se, no entanto, os máximos no sexo masculino (8,4% e 6,3% respectivamente para a eliminação, na população total, da presença de dois ou de três e mais factores).

No caso da utilização muito frequente de consultas médicas, os ganhos decorrentes da eliminação de aglomerados de factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos eram superiores na população feminina, quer de expostos, quer total (47,9% e 54,3% para a eliminação da presença de um, ou de dois determinantes na população de expostos; 33,5% e 13,1% caso fosse eliminada completamente a exposição a um ou a dois factores, na população total).

Não se pretendeu neste trabalho esgotar a potencialidade de utilização em Saúde Pública das medidas epidemiológicas derivadas do risco atribuível, mas apenas explorar os resultados obtidos através do seu cálculo, tomando como base dados oriundos de inquéritos de saúde gerais de base populacional.

A dependência dos resultados obtidos para estas medidas resulta de diversos aspectos metodológicos desde a definição de caso, à capacidade de minimizar o viés de selecção e de resposta, até à necessária análise de sensibilidade e elaboração de cenários decorrentes de diferentes tipos de intervenção disponíveis (Dever, 1984; Pappaioanou, 1998).

6.2.4. Padrão demográfico e social de cada determinante na população

Os resultados agora apresentados aumentam, também, o conhecimento epidemiológico descritivo existente sobre a prevalência e a distribuição demográfica e social de cada um dos principais determinantes de saúde relacionados com comportamentos na população portuguesa. De facto, as fontes nacionais que apresentam indicadores de saúde de nível nacional acerca destes determinantes, contêm, geralmente, a informação apenas desagregada por região, sexo e grupo etário, não contextualizando a ocorrência dos determinantes de saúde em grupos socioeconómicos desfavorecidos, que noutros países, têm revelado níveis mais elevados de determinantes em níveis de risco (Reddy, 2007; Ribeiro, 2004; Portugal.MS.DGS, 2008a; Portugal.MS.INSa, 2008).

A **actividade física insuficiente para resultar em benefícios para a saúde** foi o determinante com a prevalência mais elevada, atingindo cerca de 60,0% da população portuguesa em 2005, valor mais elevado no sexo feminino do que no masculino (62,7% vs 56,9%). Estes resultados são consistentes com diversos estudos em que se observaram prevalências elevadas de sedentarismo na população portuguesa. Entre estes, refira-se o INS 1998/1999 que revelou uma prevalência de actividade física total de baixa intensidade muito elevada, em especial na população feminina (87,6%) comparativamente com a população masculina (71,6%) (Camões, 2008).

Um estudo Europeu, abrangendo diversos países, reportou a ocorrência de sedentarismo em 85.2% dos homens e 90.0% das mulheres portuguesas (Varo, 2003).

Estudos realizados na população da Ilha de São Miguel, na Região Autónoma dos Açores, utilizando a versão curta do IPAQ, reportaram níveis insuficientes de actividade física, respectivamente em dois terços e em 42,6% das amostras estudadas (Santos, 2004; Esperança, 2004).

Os autores de um estudo realizado numa amostra de 2134 pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, na cidade do Porto, reportaram, igualmente, uma percentagem de 84% da amostra com sedentarismo nos tempos livres (Gal, 2004).

A frequência mais elevada de sedentarismo na população feminina tem sido referida por diversos estudos. Por exemplo, o estudo promovido em 1999 pela Sociedade Portuguesa de Ciências da Alimentação e Nutrição revelou um maior dispêndio energético relacionado com a actividade física, nos homens (Poínhos, 2009).

Também no estudo de uma amostra da população da cidade do Porto se observou uma percentagem mais elevada de sedentarismo nas mulheres (79% nos homens e 86% nas mulheres) quando consideradas as suas actividades totais de um dia (Gal, 2005).

No presente trabalho, observou-se um aumento da prevalência de actividade física insuficiente com a idade, em ambos os sexos, à semelhança de outros estudos, embora a prevalência não tenha revelado diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários 15-24 anos e 65 a 74 anos (Gal, 2005; Camões, 2008).

A prevalência significativamente mais elevada deste determinante observada entre as pessoas viúvas, em especial entre os homens viúvos, onde se verificou o valor mais elevado da estimativa pontual com 84,1% (IC95%: 72,0%; 91,6%), se bem que sem diferença estatisticamente significativa para as mulheres viúvas, não é consistente com estudos anteriores que revelaram menores níveis de sedentarismo entre as mulheres e os

homens viúvos, embora nesses estudos os valores tenham sido ajustados para a idade (Camões, 2008).

A prevalência mais elevada de actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde observada entre as pessoas que declararam não possuir nenhum nível de instrução é consistente com outros estudos na população portuguesa, embora neste trabalho não se verificasse diferença estatisticamente significativa em relação ao nível de instrução superior (Gal, 2005; Camões, 2008).

Também o padrão diferente observado no sexo masculino, em que a prevalência mais elevada se observou na população com nível de ensino superior, enquanto no sexo feminino foi observada na população sem nenhum nível de ensino é consistente com os estudos já referidos (Gal, 2005; Camões, 2008).

Em relação à ocupação, a prevalência mais elevada de actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde observou-se entre a população com “outras situações” de ocupação que não as de activo, desempregado, reformado ou estudante. O facto de este grupo incluir situações de doença temporária ou crónica, férias e limitações devidas a eventos climáticos pode explicar o seu valor mais elevado, compreensível nos casos de incapacidade ou doença, mas não se de férias se tratar (Portugal.MS.INSa, 2004).

Sem contar estas situações, a prevalência de actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde era mais elevada entre a população reformada, seguida pela população desempregada. A mais elevada prevalência observada entre as mulheres reformadas é consistente com os resultados de outros estudos em relação à actividade física total (Gal, 2005). Já a prevalência mais elevada nos homens desempregados observada neste trabalho difere de outros estudos (Gal, 2005).

A população com profissões mais diferenciadas surge neste trabalho, como noutros, consistentemente associada à prevalência mais elevada de actividade física insuficiente entre todos os grupos profissionais, tanto num sexo como no outro (Gal, 2005). O valor obtido não era, no entanto, significativamente diferente do observado no grupo profissional que incluía as profissões técnicas e profissionais de nível intermédio, pessoal administrativo e similares e pessoal dos serviços e vendedores.

A situação face à profissão não tem sido estudada em Portugal, impossibilitando a comparação do valor agora observado entre os trabalhadores por conta de outrem.

Neste trabalho foi avaliada a actividade física total, não se diferenciando a actividade física realizada em tempo de lazer ou a nível profissional. Os resultados de outros estudos realizados na população nacional parecem indicar que a inclusão de actividade física exercida no âmbito da actividade profissional diminui os níveis de sedentarismo na população com menor instrução e profissões menos diferenciadas (Gal, 2005). Esta observação confirma diversos estudos internacionais e suporta a recomendação para que seja considerada a actividade total na classificação da população sedentária (Bernstein, 1999; Salmon, 2000).

Em relação ao **consumo actual, diário ou ocasional de tabaco**, o determinante com a segunda prevalência mais elevada neste trabalho, os resultados confirmam diversos estudos prévios realizados sobre a população portuguesa, designadamente os INS, que revelaram, de forma consistente, prevalências de consumo diário e ocasional de tabaco mais elevadas na população masculina, no grupo etário 25 a 44 anos, e prevalências crescentes na população feminina (Portugal.MS.DEPS, 1990; Portugal.MS.DGS, 1998; Portugal.MS.INSa, 2000; Portugal.MS.INSa, 2008; Machado, 2009).

Este trabalho permitiu aumentar o conhecimento sobre as características de diversos grupos da população com prevalências elevadas de fumadores diários ou ocasionais. São eles: 1) o grupo das pessoas separadas de facto, ou divorciadas, as pessoas desempregadas, em especial no homens que revelaram a maior prevalência de fumadores, atingindo cerca de metade deste grupo da população (49,0%; IC95%: 40,5%; 57,6%); 2) os trabalhadores não qualificados do sexo masculino e, no sexo feminino, o grupo que incluía as profissões técnicas e profissionais de nível intermédio, o pessoal administrativo e similar e o pessoal dos serviços e os vendedores; 3) finalmente, os trabalhadores por conta de outrem.

A discussão do padrão de **alimentação não saudável** é dificultada pela ausência de dados actualizados de nível individual, bem como de outros estudos de âmbito nacional, designadamente Inquéritos Alimentares (Portugal.MS.INSa, 1981; Portugal.MS.DGS, 2003a; Portugal.INE, 2003; Poínhos, 2009).

Apenas a informação resultante das balanças alimentares, alguns estudos de pequena dimensão e a análise dos dados dos INS, permitem afirmar a alteração que os hábitos alimentares têm sofrido na população portuguesa nas últimas décadas, com o aumento do consumo *per-capita* dos produtos de origem animal, em especial a carne e os lacticínios, e uma redução do consumo de cereais, leguminosas e batatas (Portugal.INE, 2003; WHO, 2003c; Marques-Vidal, 2006; Chen, 2007).

A reduzida extensão de que está área de inquirição foi alvo no INS 2005/2006, à semelhança dos anteriores, não permite uma análise aprofundada deste importante determinante de saúde. No entanto, a utilização da ausência de consumo de frutos, legumes e vegetais no dia anterior à entrevista, bem como a utilização de gorduras animais saturadas preferencialmente na confecção de alimentos, são dois indicadores internacionalmente reconhecidos de padrão alimentar deletério para a saúde, associados a

um maior risco de diversas doenças, designadamente cardiovasculares e neoplásicas, como elevado impacte nos sistemas de saúde (WHO, 2003)

A semelhança de outros estudos realizados em Portugal e noutros países, a prevalência significativamente mais elevada de alimentação não saudável foi observada na população masculina, comparativamente com a feminina, o que justifica em futuros estudos, a análise estratificada por sexo deste determinante.

Dos aspectos mais relevantes observados nesta análise salientam-se as prevalências mais elevadas observadas na população mais jovem, e na população com indicadores sócio económicos menos favoráveis. De facto, os jovens entre os 15 e os 24 anos, os estudantes, os trabalhadores masculinos não diferenciados, e a população que apenas atingiu o 2º e 3º grau de ensino revelaram as prevalências mais elevadas de alimentação não saudável.

Estes dados parecem confirmar outros estudos que sugerem um gradiente de adopção de padrões alimentares mais desfavoráveis pelos jovens ao aproximarem-se da idade adulta (Costa, 2009)

A prevalência mais elevada de alimentação não saudável, observada na população solteira, em especial entre as mulheres, é concordante com os resultados de um estudo internacional sobre hábitos alimentares de mulheres, mães de crianças com idade entre os 11 e os 13 anos, onde se observou a ingestão menos frequente de frutos e legumes entre as mães que viviam sós (Franchini, 2007).

De acordo com os dados do INS 1998/1999, o consumo de frutos legumes e vegetais era mais frequente na população com níveis de instrução mais elevados, situação que se observou, também, neste estudo (Moreira, 2004). Esse resultado é concordante com os resultados agora reportados, em que a população com o 2º ou 3º ciclo de ensino detinha a prevalência mais elevada de alimentação não saudável, situação que também se verificava

na população masculina, embora sem diferença estatisticamente significativa em relação aos outros níveis de ensino, mas não na população feminina, em que o valor mais elevado se observava no nível de ensino secundário.

A observação de que a prevalência mais elevada de alimentação não saudável se verificava nos grupos profissionais manuais e menos diferenciados, e a mais baixa no grupo profissional mais diferenciado, está de acordo com estudos realizados em populações Europeias que encontraram menores consumos de legumes frutos e vegetais nos grupos populacionais com menor nível sócio-económico (Sánchez-Villegas, 2003).

Refira-se que a estratificação por sexo revelou a prevalência mais elevada entre os trabalhadores masculinos não diferenciados, enquanto na população feminina, a prevalência mais elevada se observava no grupo profissional que incluía profissões mais diferenciadas (profissões técnicas, profissionais de nível intermédio, pessoal administrativo e similares e pessoal dos serviços e vendedores).

De acordo com diversos estudos, Portugal detém um dos mais elevados níveis de **consumo de álcool**, entre os países europeus (Produktschap Voor Gedistilleerde Dranken, 2005; Anderson, 2006; WHO, 2010). O inquérito Eurobarómetro realizado em 2009 a pedido da Comissão Europeia revelou que 43% dos portugueses consumia diariamente bebidas alcoólicas, valor mais elevado entre os países europeus (European Commission, 2010). No entanto, tal como a generalidade dos estudos sobre o consumo de bebidas alcoólicas na população portuguesa, os dados desse inquérito referem-se a prevalências de consumo e não a medição da quantidade ou dos volumes consumidos diariamente, dados necessários para obter indicadores de consumo de risco na população. (Portugal.MS.IDT, 2007; WHO, 2010).

Aliás, os estudos que permitem obter indicadores de risco de consumo de bebidas alcoólicas são escassos e geralmente tomam como bases a frequência do consumo, indicadores indirectos de volume de álcool como a disponibilidade, a partir da qual se calcula o consumo *per capita*, ou indicadores da prevalência e incidência das consequências do seu consumo (Portugal.MS.IDT, 2007; WHO, 2010).

De acordo com o presente trabalho, o consumo de risco de bebidas alcoólicas, definido como o consumo diário de três, ou mais, bebidas, pelos homens, e duas, ou mais, bebidas, pelas mulheres, ocorre em 9,2% da população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos (IC95%: 8,2%; 10,4%), de forma mais frequente entre os homens.

Este indicador está de acordo com os resultados do II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psico-activas na População Geral, realizado em 2007 pelo Instituto da Droga e Toxicoddependência (Portugal.MS.IDT, 2007). Nesse inquérito, 10,1% da população portuguesa declarou consumir bebidas alcoólicas várias vezes ao dia, o que, embora não seja directamente comparável, se aproxima do indicador obtido no presente estudo.

Também o estudo “Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas na População Portuguesa”, realizado em 1997 por Aires Gameiro, revelou que 9,4% da população com idade superior a 15 anos, cerca de 750.000 pessoas, era consumidora excessiva de álcool, e 7%, cerca de 580.000 pessoas, era dependente de álcool (Gameiro, 1998). Embora os conceitos de “consumidor excessivo”, utilizado por aquele autor, e de “consumidor de risco”, utilizado neste trabalho, não sejam totalmente coincidentes, não pode deixar de se notar a proximidade dos valores de ambas as estimativas.

A prevalência mais elevada de consumo de risco (12,2%; IC95%: 10,4%; 14,2%), observou-se entre os 45 e os 64 anos, em linha com a análise dos dados do INS

1998/1999, e as indicadores gerados no II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psico-activas na População Geral (Marques-Vidal, 2005; Portugal.MS.IDT, 2007).

Nesta análise, o valor mais elevado de consumo excessivo de bebidas alcoólicas foi observado na população masculina, no grupo etário 45 a 64 anos (14,3%; IC95%: 11,6%; 17,3%), enquanto na população feminina, o valor mais elevado verificou-se no grupo etário imediatamente anterior, 25 a 44 anos, (11,0%; IC95%.: 8,5%; 14,0%).

Além destes factos, o presente estudo veio aumentar o conhecimento à distribuição demográfica e social do consumo de risco de bebidas alcoólicas, sendo de salientar as prevalências mais elevadas deste determinante nos seguintes grupos: 1) População casada, ou vivendo junta, embora sem diferença significativa em relação aos solteiros ou divorciados, situação igualmente observada na população masculina; 2) População feminina separada ou divorciada; 3) população com nível de ensino superior e com o 2º e o 3º ciclo; 4) população desempregada, embora sem diferença estatisticamente significativa para o verificado na população activa; 5) população com profissões mais diferenciadas, se bem que em valor que não era, significativamente diferente do observado nos restantes grupos profissionais; 6) e, finalmente, nos trabalhadores por conta própria e os empregadores, no sexo masculino, e os trabalhadores por conta de outrem, no sexo feminino.

7. Conclusões

7.1. Conclusões gerais

Os resultados obtidos aumentam, de facto, a base de conhecimento epidemiológico existente sobre, pelo menos, três aspectos de interesse para a saúde dos portugueses com 15 ou mais anos de idade, com evidente pertinência e utilidade para o planeamento das intervenções de Saúde Pública, de acordo com os objectivos estabelecidos:

- A prevalência e a distribuição demográfica e social com que cada um dos quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos ocorrem em níveis de risco;
- A prevalência e a distribuição demográfica e social com que estes determinantes ocorrem em níveis de risco, conjuntamente;
- O potencial de prevenção que intervenções sobre conjuntos destes determinantes, e não sobre determinantes isolados, poderão ter sobre o estado de saúde e sobre a utilização de cuidados de saúde.

De acordo com os resultados pode afirmar-se que, nas suas dimensões de risco, os quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos, alvo deste trabalho, ocorriam de forma conjunta mais frequentemente do que seria de esperar na população portuguesa com 15 e mais anos de idade residente em unidades de alojamento familiar, em 2005.

As estimativas obtidas dos impactes potenciais máximos que resultariam da eliminação dos níveis de risco dos quatro determinantes justificam a proposta de inclusão deste conhecimento no planeamento das futuras intervenções de Saúde Pública em Portugal.

7.2. Padrões de ocorrência de cada determinante em nível de risco

- 7.2.1. A **actividade física insuficiente para resultar em benefícios de saúde**, atingia, de forma preocupante, **60,0%** da população, em especial feminina, os idosos, os homens viúvos, os homens com nível de instrução superior, as mulheres sem instrução, os reformados e desempregados, as profissões mais diferenciadas e os trabalhadores por conta de outrem.
- 7.2.2. O **consumo diário ou ocasional de tabaco**, afectava **21,4%** da população, em especial os homens, as pessoas separadas de facto ou divorciadas, as pessoas desempregadas (em especial nos homens que revelaram a maior prevalência de fumadores em toda a população), os trabalhadores menos qualificados e os trabalhadores por conta de outrem.
- 7.2.3. O **consumo de risco de bebidas alcoólicas**, afectava **9,2%** da população, em especial os homens entre os 45 e os 64 anos, a população casada de facto, separada ou divorciada; com nível de ensino superior ou com o 2º e o 3º ciclo; com profissões diferenciadas; e, finalmente, os trabalhadores masculinos por conta própria e os empregadores, e os trabalhadores femininos por conta de outrem.
- 7.2.4. O padrão de **alimentação não saudável** afectava **8,5%** da população, mais frequentemente masculina, jovem, com indicadores sócio económicos menos favoráveis, as mulheres solteiras, a população com níveis de instrução mais elevados, os grupos profissionais masculinos menos diferenciados e as mulheres com profissões mais diferenciadas.

7.3. Padrões de ocorrência conjunta de determinantes em níveis de risco

- 7.3.1. Cerca de **70% da população portuguesa** referia níveis de risco para, pelo menos, um dos quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos, valor ainda mais expressivo na população masculina (74,0%).
- 7.3.2. Parte importante da população (51,8%; IC95%: 50,2%; 53,4%), reportou um comportamento em nível de risco para a saúde, valor significativamente mais elevado entre a população feminina (54,7%; IC95%: 52,4%; 57,0%), do que entre a população masculina (48,6%; IC95%: 46,3%; 50,9%).
- 7.3.3. A característica mais frequente a seguir a esta era a não existência de comportamentos em níveis de risco para a saúde, reportada por 28,1% da população (IC95%: 26,4%; 29,9%), mais frequentemente na população feminina.
- 7.3.4. A ocorrência concomitante de dois, três, ou quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos revelou frequências decrescentes, sempre significativamente superiores na população masculina, excepto no grupo com quatro determinantes.
- 7.3.5. Em cada grupo etário, o número aumentado de determinantes reportados correspondia a prevalências decrescentes, tanto na população total, como na estratificação por sexo, e restantes variáveis demográficas e sociais.
- 7.3.6. A prevalência de um determinante revelava, na população masculina, um decréscimo desde o grupo etário 15 a 24 anos, até ao grupo etário 35 a 39 anos, e

um aumento constante a partir daí até ao grupo de 85 e mais anos, onde atingia o valor máximo de 68,8%. Na população feminina, o decréscimo observava-se até um pouco mais tarde, verificando-se a partir do grupo etário 45 a 49 anos uma tendência crescente até ao valor máximo atingido no grupo etário 80 a 84 anos.

- 7.3.7. Os homens entre os 35 e os 54 anos de idade, revelaram a presença de dois factores determinantes de saúde relacionados com comportamentos em frequência maior que a ausência destas características.
- 7.3.8. A população feminina revelou prevalências de perfis de ocorrência conjunta de determinantes em níveis de risco menos frequentes que o sexo masculino.
- 7.3.9. A prevalência de um determinante em nível de risco era mais elevada na população masculina viúva (70,4%; IC95%: 59,3%; 79,5%), valor significativamente superior aos observados nas restantes categorias de estado civil de facto, tanto no sexo masculino como no feminino. O segundo valor mais elevado verificava-se igualmente as pessoas viúvas, mas agora na população feminina, (62,7%; IC95%: 56,8%; 68,2%).
- 7.3.10. Na distribuição por nível de ensino máximo alcançado, a prevalência mais elevada observou-se em relação à presença de um factor, na população sem nível de ensino (58,1%; 54,0%; 62,1%). Tanto num sexo como noutro, observou-se um aumento das prevalências pontuais da presença de três e quatro factores à medida que se avançava para níveis de ensino mais elevados, embora sem diferenças estatisticamente significativas.
- 7.3.11. Na distribuição da prevalência do número de determinantes por tipo de ocupação principal, merecem realce os valores significativamente mais elevados de

ocorrência de dois e de três determinantes que, no seu conjunto, afectavam 37,4% da população desempregada (49,3% nos homens e 26,9% nas mulheres).

7.3.12. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na frequência da presença de um determinante entre os grupos profissionais estudados, embora as prevalências pontuais tenham revelado valores mais elevados no grupo de profissões mais diferenciadas e menores no grupo de profissões menos diferenciadas. Esta mesma tendência decrescente pode ser observada em relação à presença de dois, três e quatro determinantes, em ambos os sexos e no sexo feminino, mas não no sexo masculino em que é crescente, com a prevalência de dois, três ou quatro factores a ser mais elevada nos grupos profissionais menos diferenciados.

7.3.13. Na distribuição da prevalência do número de determinantes segundo as categorias da variável “situação face à profissão”, embora de um modo geral as diferenças não fossem estatisticamente significativas, as prevalências pontuais da presença de um determinante em nível de risco eram mais elevadas entre os trabalhadores por conta própria e empregadores. Já a presença de dois, três ou quatro factores era maior entre os trabalhadores por conta de outrem, com diferenças estatisticamente significativas para a presença de dois factores quer num sexo como no outro.

7.3.14. Da análise das associações bivariadas entre os quatro determinantes em estudo são de realçar associações estatisticamente significativas entre o consumo diário e ocasional de tabaco e o consumo de risco de bebidas alcoólicas. O valor mais elevado observou-se na população feminina, em que a possibilidade de se verificar um consumo de risco de bebidas alcoólicas era cerca de 2,9 vezes superior entre as fumadoras do que entre as não fumadoras (*OR*: 2,89; *IC*95%: 1,98; 4,20).

- 7.3.15. A ausência de actividade física com benefícios potenciais de saúde revelou associações negativas com cada um dos outros três determinantes de saúde. Embora sem significado estatístico, a análise das estimativas pontuais revelou que este determinante estava positivamente associado com combinações dos restantes.
- 7.3.16. O consumo de tabaco, o consumo perigoso de álcool e a alimentação não saudável revelaram os valores mais elevados de associação com as combinações dos restantes determinantes, sendo o valor mais elevado da estimativa pontual observado para a associação entre o consumo de tabaco e a presença conjunta dos outros três factores ($OR=4,28$; $IC95\%$: 1,85; 9,88), seguido da associação entre a alimentação não saudável e a ocorrência conjunta dos restantes e determinantes ($OR=2,52$; $IC95\%$: 1,33; 4,78) e, finalmente, o consumo de risco de bebidas alcoólicas e a presença conjunta dos restantes 3 determinantes ($OR=2,30$; $IC95\%$: 1,26; 4,19).
- 7.3.17. Quase um terço da população feminina (30,01%) não reportou nenhum dos determinantes em estudo, enquanto no sexo masculino 26,06% não o fez. A prevalência observada (O) de ausência dos quatro determinantes estudados era, assim, mais frequente que o esperado (E) no sexo feminino ($O/E= 1,09$; $IC\ 95\%$: 1,08%; 1,09%), assumindo independência da não ocorrência conjunta dos factores face à variável sexo, observação que reforça o perfil mais saudável revelado pela população feminina segundo este critério.
- 7.3.18. Pelo contrário, a presença conjunta dos quatro determinantes foi muito pouco frequente na população, sendo observada com maior frequência (0,33%) do que o que seria de esperar no sexo masculino ($O/E=1,36$; $IC95\%$: 1,33; 1,38).

7.3.19. O padrão resultante da hierarquização os valores observados e esperados das combinações possíveis dos determinantes estudados era diferente entre os sexos. Enquanto no sexo masculino o consumo de tabaco, álcool e a alimentação não saudável surgiam de forma isolada, com razões O/E elevadas, no sexo feminino, estes determinantes surgiam conjuntamente com frequência superior ao esperado, enquanto a sua ocorrência isolada ocorria com menor frequência que o esperado.

7.4. Impacte dos determinantes no estado de saúde e na utilização de cuidados

O número de determinantes de saúde relacionados com comportamentos estava positivamente associado com a ocorrência superior à média de dias de incapacidade de curta duração nas duas semanas anteriores, e com a utilização muito frequente de consultas médicas nos três meses anteriores, mesmo tomando em consideração e removendo estatisticamente o efeito da idade, nível de instrução, profissão e número de doenças crónicas.

7.4.1. O efeito na incapacidade de curta duração

A possibilidade de deixar de fazer as actividades habituais nas duas semanas anteriores era 36% mais elevada e 48% mais elevada na população com, respectivamente, dois determinantes, ou três determinantes de saúde relacionados com comportamentos, sendo esta possibilidade estatisticamente significativa. Embora sem significância estatística, os

valores desta associação eram crescentes com o número de determinantes presentes de forma concomitante, facto que se verificava tanto na população masculina como na feminina. No entanto, apenas no sexo feminino o valor da associação atingia significado estatístico ($OR= 2,38$; $IC95\%$: 1,08; 5,23).

7.4.2. O efeito na utilização de cuidados de saúde

Também a utilização de quatro ou mais consultas médicas nos três meses anteriores era mais provável na população com um ou mais, e com dois, ou mais determinantes de saúde relacionados com comportamentos do que na população sem algum destes determinantes de saúde. Esta possibilidade era 72% superior no caso da presença conjunta de um determinante, e 74% superior no caso da presença de dois determinantes de saúde, embora esta diferença não fosse estatisticamente significativa.

Se a prevalência das pessoas com um determinante de saúde em níveis de risco fosse nula, poder-se-ia evitar em cerca de 41,9% o risco de que as pessoas que reportaram quatro, ou mais consultas médicas, nos três meses anteriores, o tivessem feito, reduzindo, assim, o volume de utilizadores muito frequentes de consultas médicas.

O potencial máximo de prevenção revelou o valor mais elevado no caso do sexo feminino, em que se poderia reduzir em 54,3% o risco de que as pessoas que reportaram quatro ou mais consultas médicas nos três meses anteriores à entrevista, as tivessem utilizado.

8. Recomendações

8.1. Recomendações para a intervenção

- 8.1.1. A frequência muito elevada de actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde, identificada neste estudo e noutros, carece de intervenção de saúde pública urgente na população portuguesa. O papel determinante deste factor sobre a incidência de doenças crónicas, nomeadamente a obesidade e a diabetes, justificam a escolha de estratégias de intervenção apropriadas. A diferente distribuição deste determinante de saúde na população masculina e feminina, sugere que as estratégias de intervenção possam ser diferentes para cada sexo, de acordo com a maior frequência em subgrupos demográficos e socioeconómicos identificados neste trabalho.
- 8.1.2. A ocorrência de pelo menos 1 determinante de saúde relacionado com comportamentos numa elevada proporção da população, e a elevada probabilidade de ocorrência conjunta destes determinantes, sugerem que as intervenções sobre um factor devam sempre considerar o efeito do seu controlo, populacional ou individual, sobre outros determinantes relacionados com comportamentos, muito provavelmente coexistentes nos mesmos grupos da população.
- 8.1.3. A forte associação entre o consumo de risco de bebidas alcoólicas e de tabaco, a intervenção mais intensa sobre este último factor, em curso desde a implementação da Lei de protecção dos não fumadores, e a posição de Portugal como grande consumidor de bebidas alcoólicas, devem levar a um aumento da investigação e da intervenção planeada sobre o consumo de bebidas alcoólicas, actualmente quase exclusivamente de índole curativo.

8.2. Recomendações para a investigação

8.2.1. O desconhecimento real sobre a alimentação actual dos portugueses, conjuntamente com indicadores que sugerem fortemente a adopção de padrões alimentares não saudáveis por determinados sectores da população, carece de investigação de forma premente.

8.2.2. A evidência obtida com o trabalho e agora apresentada apoia a pertinência de continuidade da investigação sobre o tema de ocorrência conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos em níveis de risco. As linhas de investigação que se apresentam como mais imediatas são as que se relacionam com a identificação de desigualdades, designadamente as sócio-económicas, importantes para a decisão em Saúde Pública. Indicam-se as principais:

1. Replicação da análise em grupos populacionais mais restritos, designadamente entre a população adulta, a população vivendo só, a população desempregada e com profissões menos diferenciadas;
2. Estratificação da análise de acordo com índices mais elaborados de nível socioeconómico.
3. Inclusão de outros factores de exposição relacionados com determinantes intermédios, designadamente aquelas doenças que são factores de risco para a aterosclerose: hipertensão arterial, obesidade, diabetes mellitus.

4. Estudo da associação entre o número de determinantes de saúde e outros indicadores de estado de saúde, como, por exemplo, a presença de doença crónica auto-reportada ou a auto-apreciação do estado de saúde.
5. Também a determinação e a análise das probabilidades condicionais de ocorrência dos quatro determinantes de saúde relacionados com comportamentos, isolados e em conjunto, deverá ser prosseguida, de modo a fornecer instrumentos de apoio à decisão clínica e à gestão da doença crónica.

9. Referências bibliográficas

ALBERTI, K.G.; ZIMMET, P.Z. – Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus: provisional report of a WHO consultation. *Diabetes Medicine*. 15:7 (1998) 539–553.

ALEXANDER, C. et al. – Peers, schools and adolescent cigarette smoking. *Journal of Adolescent Health*. 29:1 (2001) 22–30.

ANDERSON, K.M.; ODELL, P.M.; WILSON, P.W.; et al. – Cardiovascular disease risk profiles. *American Heart Journal*. 121 (1991) 293-298.

ANDERSEN, L.F.; JOHANSSON, L.; SOLVOLL, K. – Usefulness of a short food frequency questionnaire for screening of low intake of fruit and vegetable and for intake of fat. *European Journal of Public Health*. 12 (2002) 208-213.

ANDERSON, P.; BAUMBERG, B. – *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies, 2006.

ANTUNES, R. – *Classes sociais e a desigualdade na saúde*. CIES e-WORKING PAPER; 85/2010. Lisboa: Centro de Estudos e Investigação em Sociologia, 2010.

AQUILINI, G. H.; COSTA, P. L. – O sobre-desemprego e a inactividade das mulheres na metrópole paulista. *Estudos Avançados*. 17:49 (2003) 17-34.

AROMAA, A.; KOPONEN, P.; TAFFOREAU, J. – *Status and future of health surveys in the European Union: final report of phase 2 of the project health surveys in the EU: HIS and HIS/HES evaluations and models*. Helsinki: National Institute of Public Health, 2003.

ASAKAWA, K. et al. – Do the determinants of health differ between people living in the community and in institutions? *Social Science & Medicine*. 69 (2009) 345–353.

ASHWORTH, M.; GERADA, C. – Addiction and dependence: II Alcohol. *British Medical Journal*. 315 (1997) 358-360.

ATKINS, D; CLANCY, C. – Multiple risk factors interventions: are we up to the challenge? *American Journal of Preventive Medicine*. 27:2S (2004) 102-103.

AUDRAIN-MCGOVERN, J.; RODRIGUEZ, D.; MOSS, H.B. – Smoking progression and physical activity. *Cancer Epidemiological Biomarkers in Prevention*. 12:1 (2003) 1121-1129.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. AUSTRALIAN INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE – Living dangerously: Australians with multiple risk factors for cardiovascular disease. Canberra: Australian Institute for Health and Welfare, 2005.

AVENTURA SOCIAL – Health Behaviour in School-Aged Children: 2010. Dados Nacionais. Lisboa. Aventura Social. Faculdade de Motricidade Humana. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. 2010.

BABOR, T. et al. – The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. 2nd ed. Geneva: WHO Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001.

BAGNARDI, V. et al. – A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *British Journal of Cancer*. 85 (2001) 1700-1705.

BARRETT, D.; ANDA, R.; CROFT, J.; SERDULAL, M.; LANE, M. – The Association between alcohol use and health behaviours related to the risk of cardiovascular disease: The South Carolina Cardiovascular Disease Prevention Project. *Journal of Studies on Alcohol*. 56 (1995) 9-15.

BARROS, J.A.C. – Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*. 11:1 (2002) 67-84.

BASSETT, D.R.; CURETON, A.L.; AINSWORTH, B.E. – Measurement of daily walking distance: questionnaire versus pedometer. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 32 (2000) 1018 – 1023.

BENEDETTI, T. R.B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. V. G. – Aplicação do Questionário Internacional de Actividades Físicas para avaliação do nível de actividades físicas de mulheres idosas : validade concorrente e reprodutibilidade test-retest. *Revista Brasileira de Ciências do Movimento*. 12:1 (2004) 25-34.

BENOWITZ, N.L. – Cotinine as a biomarker of environmental tobacco exposure. *Epidemiologic Reviews*. 18:2 (1996) 188-204.

BERENSON, G.S.; et al. – Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. *The New England Journal of Medicine*. 338 (1998) 1650-1656.

BERNSTEIN, M.S.; MORABIA, A.; SLOUTSKIS, D. – Definition and Prevalence of Sedentarism in an Urban Population. *American Journal of Public Health*. 89 (1999) 862-867.

BERRIGAN, D. et al. – Patterns of health behaviour in U.S. adults. *Preventive Medicine*. 36 (2003) 615-23.

BLAXTER, M. – Health and lifestyles. London. Routledge, 1990.

BLOOMFIELD, K.; STOCKWELL, T.; GMEL, G.; REHN, N. – International Comparisons of Alcohol Consumption. *Alcohol Research & Health*. 27:1 (2003) 95-109.

BONORA E, et al. – Metabolic syndrome: epidemiology and more extensive phenotypic description: cross-sectional data from the Bruneck Study. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*. 27 (2003)1283–1289.

BOOMSMA, D. I.; KOOPMANS, J. R.; VAN DOORNEN, L.; ORLE-BEKE, J. – Genetic and social influences on starting to smoke: a study of Dutch adolescent twins and their parents. *Addiction*. 89 (1994) 219–226.

BOSLAUGH, S. – Secondary data sources for public health: a practical guide. New York, NY: Cambridge University Press, 2007.

BOUCHARD, C.; SHEPARD, R. – Physical activity, fitness and health: the model and key concepts. In: BOUCHARD C, SHEPARD R, ed. lit. - Physical activity, fitness and health. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers, 1994.

BOYLE, P.; et al. (eds) – Tobacco: science, policy and public health. New York, Oxford University Press, 2005.

BRANCO, M.J.; NOGUEIRA, P.; CONTREIRAS, T. – Uma observação sobre estimativas da prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal Continental. Lisboa. Observatório Nacional de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2005.

BREDA, J. – Consumo de álcool em meio escolar. Coimbra: Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, 1999.

BREDA, J. – Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. Contributos para uma estratégia compreensiva. Dissertação de doutoramento. Porto. Universidade do Porto. Faculdade de Ciências da Alimentação e Nutrição. 2010.

BRIZ, T. – Modelos de decisão assistida por computador no controlo da doença na comunidade: interesse e aplicação do conceito epidemiológico de risco atribuível. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 8:1 (1990) 5-12.

BRIZ, T. – Epidemiologia e Saúde Pública. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Número especial - 25 anos. (2009) 31-50.

BULL, F. et al. – Physical inactivity. In: Ezzati M, ed. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva. World Health Organization, 2004.

CAMÕES, M.; LOPES, C. – Factores associados à actividade física na população portuguesa. Revista de Saúde Pública. 42:2 (2008) 208-16.

CAMPBELL, M., et al. – Tailoring and targeting a worksite health promotion program to address multiple health behaviours among blue-collar women. American Journal of Health Promotion. 14:5 (2000) 306-313.

CANADA. MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE. PUBLIC HEALTH DIVISION – Initial Report on Public Health in Ontario. [Em linha]. Ontario: Public Health Practice Branch. Public Health Division. Ministry of Health and Long-Term Care,

2009. [Consult. em 12/01/2011]. Disponível em http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/pubhealth/init_report/pdfs/initial_rep_on_public_health_rep_20090821.pdf.

CARDI, M. et al. - Health behaviour risk factors across age as predictors of cardiovascular disease diagnosis. *Journal of Aging and Health*. 21:5 (2009) 759-775.

CARPENTER, C. - Seasonal variation in self-reports of recent alcohol consumption: racial and ethnic differences. *Journal of Studies on Alcohol*. 64:3 (May 2003) 415-8.

CARRILHO, M. J. - Aspectos sociais da população portuguesa no período 1864-1981: evolução global do continente português. *Estudos Demográficos*. 30 (1991).

CHANDRA, S.; CHALOUPKA, F.J. – Seasonality in cigarette sales : patterns and implications for tobacco control. *Tobacco Control*. 12 (2003) 105-107.

CHEN, Q.; MARQUES-VIDAL, P. – Trends in dietary intake in Portugal. *European Journal of Nutrition*. 46 (2007) 418–427.

CHO, Y.I.; JOHNSON, T.; P.; FENDRICH, M. – Monthly variations in self-reports of alcohol consumption. *Journal of Studies on Alcohol*. 62 (2001) 268-272.

CHOINIÈRE, R; LAFONTAINE, P.; EDWARDS, A.C. – Distribution of cardiovascular disease risk factors by socioeconomic status among Canadian adults. *Canadian Medical Association Journal*. 162:9 (2000) S13-24.

CHURCH, O.M. – USA foreword. In Cooper, D. ed. *Alcohol use*. Abingdon: Radcliff Medical Press; 2000: 26-38.

COBURN, D. et al. – Population health in Canada: a brief critique. *American Journal of Public Health*. 93 (2003) 392–396.

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITY (EUROPE AGAINST CANCER PROGRAMME). – Young Europeans, tobacco and alcohol. Brussels, 1990. Cited in: Harkin A.M. Profiles of alcohol consumption in the member states of the European Region of the World Health Organization. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, ICP/ALDT 94 03 CN01/BD4. Presented at the European Conference on Health, Society and Alcohol, Paris, 12-14 December 1995.

COSTA, P. – Comportamentos de saúde dos adolescentes escolarizados: um estudo efectuado com alunos do 3º ciclo e do ensino secundário. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, 2009.

COVIC, T.; ROUFEIL, L.; DZIURAWIEC, S. – Community beliefs about childhood obesity: its causes, consequences and potential solutions. *Journal of Public Health*. 29:2 (2007) 123-131.

CRAIG, C.L. et al. – International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 35:8 (2003) 1381-1385.

CREEK, J.; HUGHES, A. – Occupation and health: a review of selected literature. *British Journal of Occupational Therapy*. 71:11 (2008) 456-468.

CROZIER, S.R. et al. – Development of a 20-item food frequency questionnaire to assess a ‘prudent’ dietary pattern among young women in Southampton. *European Journal of Clinical Nutrition*. 64 (2010) 99-104.

CRUZ, J.A. – Dietary habits and nutritional status in adolescents over Southern Europe. *European Journal of Clinical Nutrition*. 54:1 (2000) S29-S35.

CURRIE, C. et al., ed. lit. – Young people's health in context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. [Em linha]. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2004. (Health Policy for Children and Adolescents; 4). [Consult. em 12/01/2011]. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/young-peoples-health-in-context.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study-international-report-from-the-20012002-survey>

CURRY, S.J. – Toward a public policy agenda for addressing multiple health risk behaviours in primary care. *American Journal of Preventive Medicine*. 27:S2 (2004) 106-108.

DARMON, N.; DREWNOWSKI, A. – Does social class predict diet quality? *American Journal of Clinical Nutrition*. 87(2008) 1107-17.

DAVIGLUS, M.L. et al. – Benefit of a favourable cardiovascular risk-factor profile in middle age with respect to Medicare costs. *The New England Journal of Medicine*. 339: 16 (1998) 1122 -1129.

DAWBER, T.R.; MEADORS, G.F.; MOORE, F.E. Jr. – Epidemiological approaches to heart disease: the Framingham Study. *American Journal of Public Health*. 41:3 (1951) 279-286.

DAWBER, T.R.; KANNEL, W.B.; REVOTSKIE, N.; STOKES, J.I.; KAGAN, A.; GORDON, T. – Some factors associated with the development of coronary heart disease. Six years' follow-up experience in the Framingham Study. *American Journal of Public Health*. 49:10 (1959) 1349-1356.

DEE, T.S. – The complementarity of teen smoking and drinking. *Journal of Health Economics*. 18:6 (1999) 769-793.

DELOGERLI, M.; et al. – Mediterranean alpha-linoleic acid-rich diet in secondary prevention of coronary health disease. *Lancet*. 343 (1994) 1454-1459.

DELOGERLI, M.; et al. – Mediterranean dietary pattern in a randomized trial: prolonged survival and possible reduced cancer rate. *Archives of Internal Medicine*. 158 (1998) 1181-1187.

DEVER, G. – *Epidemiology for health services management*. Gaithersburg. Aspen Publishers, INC. 1984.

DIETLER, M. – Alcohol: Anthropological/Archaeological Perspectives. *Annual Review of Anthropology*. 35 (2006) 229–49.

DI FRANCESCO, A.; WILLIAMS, K.; AND WELCH, A. – Initiatives supporting healthy eating and physical activity in East Metropolitan Perth. Perth. East Metropolitan Population Health Unit, East Metropolitan Health Service, 2003.

do CARMO, I.; et.al. – Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews*. 7 (2006) 233-237.

DONALDSON, M.S. – Nutrition and cancer: a review of the evidence for an anti-cancer diet. *Nutrition Journal*. 3 (2004) 19.

DREWNOWSKI, A. – The real contribution of added sugars and fats to obesity. *Epidemiologic Reviews*. 29 (2007) 160–171.

DRIESKENS, S. et al. – Multiple risk behaviour: increasing socio-economic gap over time? *European Journal of Public Health*. 20:6 (2010) 634-639.

EMBERSON, J.R.; SHAPER, A.G.; WANNAMETHEE, S.G.; MORRIS, R.W.; WHINCUP, P.H. – Alcohol Intake in Middle Age and Risk of Cardiovascular Disease and

Mortality: Accounting for Intake Variation over Time. *American Journal of Epidemiology* 161:9 (2005) 856-863.

EPSTEIN, F.H.; HOLLAND, W.W. – Prevention of chronic diseases in the community: one-disease versus multiple-disease strategies. *International Journal of Epidemiology*. 12 (1983) 135-137.

ERIKSSON, M.K.; HAGBERG, L.; LINDHOLM, L., et al. – Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. *Archives of Internal Medicine*. 170 (2010) 1470-9.

ESPERANÇA, N. et al. – Actividade física habitual e síndrome metabólico em adultos jovens açorianos. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. 4:2 (2004) 299-327.

ESPIGA DE MACEDO et al. – Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP [2]. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 26 (2007) 21-39.

EUROPEAN UNION – Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. Impact assessment report. [Em linha]. Brussels: Commission of the European Communities, 2006. [Acedido em 07/02/2011]. Disponível em http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625en01.pdf

EUROPEAN UNION. – Council conclusions of 1 December 2009 on alcohol and health (2009/C 302/07). *Official Journal of the European Union*; C 302/15. 12/12/2009.

EUROPEAN COMMISSION – The state of mental health in the European Union. Luxembourg: Directorate General for Health and Consumer Protection: Directorate C2 – Health Information, 2004.

EUROPEAN COMMISSION – Design for a set of community health indicators. [Em linha]. Luxembourg : Directorate General for Health and Consumers, 2009. [Consult. em 12/01/2010]. Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/indicators/docs/ev_20040219_rd04_en.pdf.

EUROPEAN COMMISSION – Report on the state of young people's health in the European Union: A Commission Services Working Paper. Brussels, European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection, Unit F3 - Health promotion, health monitoring, and injury prevention. 2000.

EUROPEAN COMMISSION – EU Citizens attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 331. Brussels. European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection, Directorate-General Health and Consumers and Directorate-General for Communication, 2010.

EUROPEAN COMMISSION. – Directorate F: Social Statistics and Information Society :Unit F-5: Health and food safety statistics;crime. EUROSTAT [Em linha]. Luxembourg: European Commission: Directorate F: Social Statistics and Information Society:Unit F-5: Health and food safety statistics;crime. EHIS indicators guidelines: List of indicators to be computed with the EHIS. Luxembourg. EUROSTAT, 2010. [consult. Em 22/01/2011]. Disponível em http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/health/library?l=/methodologies/sandsdatasc/healthsinterviewssurvey/2007-2008_methodology/indicators_guidelines/_EN_1.0_&a=d

EVANS, R.G.; STODDART, G.L. – Producing Health, Consuming Health Care. *Social Science and Medicine*. 31 (1990) 1347-1363.

EVANS, R.G.; BARER, M.L.; MARMOR, T.R., ed. lit. – Why are some people healthy and others not? the determinants of health of populations. New York, NY: Aldine de Gruyter, 1994.

EVANS, R; STODDART, G. – Consuming research, producing policy? *American Journal of Public Health*. 93 (2003) 371-379.

EZZATI, M.; LOPEZ, A.D.; RODGERS, A.; VANDER HOORN, S.; MURRAY, C.J.L., AND THE COMPARATIVE RISK ASSESSMENT COLLABORATION GROUP. – Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 360 (2002) 1347-1360.

EZZATI, M.; VANDER HOORN, S.; RODGERS, A.; LOPEZ, A.D.; MATHERS, C.D.; MURRAY, C.J.L. et al. – Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*. 362 (2003) 271-280.

EZZATI, M.; LOPEZ, A.D. – Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*. 362 (2003) 847-852.

FINE, L.J.; PHILOGENE, G.S.; GRAMLING, R.; Coups, E.J.; SHINA, S. – Prevalence of multiple chronic disease risk factors. 2001. National Health Interview Survey. *American Journal of Preventive Medicine*. 27:2: Supplement (2004) 18-24.

FITZGERALD, J.L.; MULFORD, H.A. – Seasonal changes in alcohol consumption and related problems in Iowa, 1979–1980. *Journal of Studies on Alcohol*. 45(1984) 363-368.

FITZGERALD, N.; HIMMELGREEN, D.; DAMIO, G.; SEGURA-PÉREZ S.; PENG, Y.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. – Acculturation, socioeconomic status, obesity and lifestyle factors among low-income Puerto Rican women in Connecticut, U.S., 1998-1999. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 19:5 (2006).

FLEGAL KM, CARROLL MD, KUCZMARSKI RJ, JOHNSON CL. – Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960–1994. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*. 22 (1998) 39-47.

FLEGAL, K.M.; CARROLL, M.D.; OGDEN, C.L.; JOHNSON, C.L. – Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999–2000. *Journal of the American Medical Association*. 288 (2002) 1723-1727.

FOWKE, J.H. et al. – Impact of season of food frequency questionnaire administration on dietary reporting. *Annals of Epidemiology*. 14:10 (2004) 778-785.

FOX CS, EVANS JC, LARSON MG, KANNEL WB, LEVY D. – Temporal trends in coronary heart disease mortality and sudden cardiac death from 1950 to 1999: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 110 (2004) 522–527.

FRANCESCHI, S.; DAL MASO, L.; LEVI, F.; CONTI, E.; TALAMINI, R.; LA VECHIA, C. – Leanness as an early marker of cancer of the oral cavity and pharynx. *Annals of Oncology*. 12 (2001) 331-336.

FRANCESCHI, M. – Alcoholic beverages and smoking. In Riboli, E., Lambert, R. *Nutrition and lifestyle: opportunities for cancer prevention*. Lyon, IARC Scientific Publications n° 156. IARC Press. pp149. 2002.

FRANCHINI, B. et al. – Fruit and vegetable intake and determinants amongst Portuguese mothers of 11-13 year old children: the prochildren project. *Alimentação Humana*. 2:32 (2007) 34.

FRAZAO, E. – The high costs of poor eating patterns in the United States. In: FRAZAO, E., ed. lit. - *America's eating habits: changes and consequences*. Washington, DC: Economic Research Service (ERS). U.S. Department of Agriculture (USDA), 1999.

FRAZÃO, H.; CARVALHINHO, L. – A actividade física e o consumo de álcool e tabaco. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. 4: Suplemento 2 (2004a) 299-327.

FRAZÃO, H. et al. – A actividade física e os consumos de tabaco e álcool em adolescentes do concelho das Caldas da Rainha: que relações com a idade, género e comportamentos dos irmãos e amigos? *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. 4:S2 (2004b) 316.

FREEDMAN, L. S.; SCHATZKIN, A.; WAX, Y. – The impact of dietary measurement error on planning sample size required in a cohort study. *American Journal of Epidemiology*. 132:6 (1990) 1185-1195.

FRIES, J.F. et al – Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*. 329 (1993) 321-325.

FRIES, J.F. – Frailty, heart disease, and stroke: the Compression of Morbidity paradigm. *American Journal of Preventive Medicine*. 29 (2005) 164-8.

FEINLIEB, M., et al. – The British-Norwegian migrant study: analysis of parameters of mortality differentials associated with angina. *Biometrics*. 38(Suppl) (1982) 55-71.

FLETCHER, J.M.; SINDELAR, J.L. – Estimating causal effects of early occupational choice on later health: evidence using the PSID. Princeton University. Working Paper 15256, 2009.

GAL, D.; SANTOS, A.C.; BARROS, H. – Prevalência de sedentarismo numa população urbana em Portugal. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto.*, 4:Suplemento (2004) 317.

GAL, D.; SANTOS, A.C.; BARROS, H. – Leisure-time versus full-day energy expenditure: a cross-sectional study of sedentarism in a Portuguese urban population. *BMC Public Health.* 5 (2005) 16.

GALÁN, I. – Agregación de factores de riesgo ligados al comportamiento y su relación con la salud subjetiva. *Gaceta Sanitaria.* 19:5 (2005) 370-378.

GAMEIRO, A. – Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal: 1985, 1991, 1997. Lisboa, Editorial Hospitalidade, 1998.

GAZIANO, T.A.; REDDY, K.S.; PACCAUD, F.; HORTON, S.; CHATURVEDI, V. – Cardiovascular Disease 2006: Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd Ed. New York: Oxford University: 645-662, 2007.

GIAMPAOLI S, PALMIERI L, MATTIELLO A, et al – Definition of high risk individuals to optimise strategies for primary prevention of cardiovascular diseases. *Nutrition Metabolism and Cardiovascular Disease.* 15 (2005) 79-85.

GIL, A.P.M. – Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência, Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia, 2010.

GISKES, K.; TURRELL, G.; PATTERSON, C.; NEWMAN, B. – Socio-economic differences in fruit and vegetable consumption among Australian adolescents and adults. *Public Health Nutrition*: 5:5 (2002) 663–669.

GÓMEZ-GUTIÉRREZ, L.F.; LUCUMÍ CUESTA, D.I.; GIRÓN VARGAS, S.L.; ESPINOSA GARCÍA, G. – Clustering patterns of behavioural risk factors linked to chronic disease among young adults in two localities in Bogota, Colombia: importance of sex differences. *Revista Espanhola de Salud Publica*. 78:4 (2004) 493-504.

GRAHAM, H.; DER, G. – Patterns of predictors of tobacco consumption among women. *Health Education Research*. 14 (1999) 611–619.

GRUNDY, S.M.; PASTERNAK, R.; GREENLAND, P.; SMITH, S.; FUSTER, V. – Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations. *Circulation*. 100 (1999) 1481-1492.

HALFON N, HOCHSTEIN M. – Life course health development: an integrated framework for developing health policy and research. *Milbank Quarterly*. 80 (2002) 433–479.

HAMURÁBI. In *Infopédia* [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2011. [Consult. 2009-06-11]. Disponível em [http://www.infopedia.pt/\\$hamurabi](http://www.infopedia.pt/$hamurabi)

HARKIN, A.M. – Profiles of Alcohol Consumption in the Member States of the European Region of the World Health Organization. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1995.

HARVARD UNIVERSITY – Survey-soft. 2002. [Em linha]. Consultado em 15 de Setembro de 2003. Disponível em <http://www.fas.harvard.edu/~stats/survey-soft/survey-soft.html>

HASKELL, H.L. et. al. – Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 39:8 (2007)1423-1434.

HAWKINS, D. N.; BOOTH, A. – Unhappily Ever After: Effects of Long-Term, Low-Quality Marriages on Well-Being. *Social Forces* 84:1 (2005) 451-471.

HEATH, A. C. & MADDEN, P. A. F. – Genetic influences on smoking behavior. In: Turner, J. R., Cardon, L. R. & Hewitt, J. K., eds. *Behavior Genetic Approaches in Behavioral Medicine*, pp. 45–66. New York: Plenum Press, 1995

HENEKENS, C. H.; BURING, J. E. – *Epidemiology in Medicine*. Boston: Little, Brown and Company, 1987.

HILL, A; ROBERTS, J.; EWINGS, P.; GUNNELL, D. – Non-response bias in a lifestyle survey. *Journal of Public Health*. 19 (1997) 203–207.

HOEYMANS, N.; SMIT, H.A.; VERKLEIJF, H.; KROMHOUTT, D. – Cardiovascular risk factors in relation to educational level in 36 000 men and women in the Netherlands. *European Heart Journal*. 17 (1996) 518-525.

HOFLER M. – The Bradford Hill considerations on causality: a counterfactual perspective. *Emerging Themes in Epidemiology* 2:11 (2005).

HOLMILA, M.; RAITASALO, K. – Gender differences in drinking: why do they still exist. *Addiction*. 100 (2005) 1763 - 1769.

HU, F.; WILLET, W.C. – Optimal Diets for Prevention of Coronary Heart Disease. *Journal of the American Medical Association*. 288 (2002) 2569-2578.

HU, F.B., ET AL. – Walking compared to vigorous activity and risk of type 2 diabetes in women: a prospective study. *Journal of the American Medical Association*. 282 (1999) 1433-1439.

HU, F.B, et al. – Trends in the incidence of coronary heart disease and changes in diet and lifestyle in women. *New England Journal of Medicine*. 343 (2000) 530–537.

HULSHOF, K.; et al. – Clustering of dietary variables and other lifestyle factors (Dutch Nutritional Surveillance System). *Journal of Epidemiology and Community Health*. 46 (1992) 417-424.

INSTITUTE OF ALCOHOL STUDIES, – IAS fact sheet: What is problem drinking? London. Institute of Alcohol Studies, 2002.

IRIBARREN, C, SHARP, DS, BURCHFIELD, CM, PETROVICH, H. – Association of weight loss and weight fluctuation with mortality among Japanese American men. *New England Journal of Medicine*. 333 (1995) 686-692.

JANZ, K. – Physical activity in epidemiology: moving from questionnaire to objective measurement. *British Journal of Sports Medicine*. 40:3 (2006) 191.

KAISER, S.; GOMMER, A.M. – Smoking Occurrence. [Em linha]. Bilthoven: RIVM, 2009. [consult. Em 2/05/2010]. Disponível em http://www.euphix.org/object_document/o4748n27423.html

KELLY, Y; SACKER, A.; GRAY, R.; KELLY, J.; WOLKE, D.; QUIGLEY, M.A. – Light drinking in pregnancy, a risk for behavioural problems and cognitive deficits at 3 years of age? *International Journal of Epidemiology*. 38:1 (2009) 129-140.

KEYS, A.; KIMURA, N.; KUSUKAWA, A.; et al. – Lessons from serum cholesterol studies in Japan, Hawaii and Los Angeles. *Annals of Internal Medicine*. 48 (1958) 83–94.

KEYS, A, et al. – The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *American Journal of Epidemiology*. 124:6 (1986) 903-915.

KIM, D.J.; HOLOWATY, E.J. – Brief, validated survey instruments for the measurement of fruit and vegetable intakes in adults: a review. *Preventive Medicine*. 36 (2003) 440–447.

KINDIG, D.A. – Understanding Population Health Terminology. *The Milbank Quarterly*. 8:1 (2007) 139–161.

KIPNIS, V.; et. al. – Bias in dietary-report instruments and its implications for nutritional epidemiology. *Public Health Nutrition*. 5:6 (2002) 915–923.

KIRKWOOD, B.R. – Essentials of medical statistics. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1988.

KLEINBAUM, D.G.; KUPPER, L.L; MORGENSTERN, H. – Epidemiologic Research: Principles and Quantitative Methods. Boston, Lifetime Learning Publications, 1982.

KNIBBE, R.A.; LEMMENS, P.H.H.M.; SHARON, A.C. – Seasonal variation in survey and sales estimates of alcohol consumption. *Journal of Studies on Alcohol*. 54:2 (1993) 157-163.

KOO, L. et. al. – Dietary and lifestyle correlates of passive smoking in Hong Kong, Japan, Sweden, and the U.S.A. *Social Science and Medicine*. 45:1(1997) 159-169.

KRIEGER, N. – Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Social Science and Medicine*. 39:7 (1994) 887-903.

KRISTEIN, M.M. – How much can business expect to profit from smoking cessation? *Preventive Medicine*. 12 (1983) 358-381.

KROMHOUT, D., MENOTTI, A., KESTELOOT, H., SANS, S. – Prevention of coronary heart disease by diet and lifestyle: evidence from prospective cross-cultural, cohort, and intervention studies. *Circulation*, 105 (2002) 893-898.

LAAKSONEN, M.; PRATTALA, R.; KARISTO, A. – Patterns of unhealthy behaviour in Finland. *European Journal of Public Health*. 11:3 (2001) 294-300.

LALONDE, M. – A new perspective on the health of the Canadians. A working document. Government of Canada. Ministry of National Health and Welfare, 1981.

LAST, J.M. – Um Dicionário de Epidemiologia. Associação Internacional de Epidemiologia, Nova Iorque: Oxford University Press, 1988. (trad. para português por Cayolla da Motta. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1995).

LAST, J.M. – A Dictionary of Epidemiology. New York: Oxford University Press, 2001.

LAST, J.M. – A Dictionary of Public Health. New York: Oxford University Press, 2010.

LAW, M.R., WALD, N.J. – Risk factor thresholds: their existence and scrutiny. *British Medical Journal*. 324 (1994) 1570-1576.

LAWDER et al. – Is the Scottish population living dangerously? Prevalence of multiple risk factors: the Scottish Health Survey 2003. *BMC Public Health*. 10 (2010) 330.

LEE, C-D., FOLSON, A.R., BLAIR, S.N. – Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. *Stroke* 34 (2003) 2475-2482.

LEE, I-M., REXODE, K.M., COOK, N.R., MANSON, J.E., BURING, J.F. – Physical activity and coronary hearth disease in women: is “no pain, no gain? passé”. *Journal of the American Medical Association*. 285 (2001) 1447-1457.

LEVIN, S. et al. – Intra-Individual Variation and Estimates of Usual Physical Activity. *Annals of Epidemiology*. 9 (1999) 481–488.

LEIFMAN, H.; ÖSTERBERG, E.; RAMSTEDT, M. – Alcohol in post-war Europe: a discussion of indicators on consumption and alcohol-related harm. Stockholm: National Institute of Public Health, 2002.

LEON, A.S.; CONNETT, J.; JACOBS, D.R.; RAURAMAA, R. – Leisure-time physical activity levels and risk of coronary heart disease and death: The Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Journal of the American Medical Association*. 258 (1987) 2388-2395.

LEON, D.A. et al. – Huge variation in Russian mortality rates 1984-1994: artefact, alcohol, or what? *Lancet*. 350 (1997) 383-388.

LIANG, W.; SHEDIAC-RIZKALLAH, M.C.; CELENTANO, D.D.; ROHDE, C. – A Population-Based Study of Age and Gender Differences in Patterns of Health-Related Behaviours. *American Journal of Preventive Medicine*. 17:1 (1999) 8–17.

LICHTMAN, S.W.; et al. – Discrepancy between self-reported and actual caloric intake and exercise in obese subjects. *New England Journal of Medicine*. 327 (1992) 1893–98.

LILIENFELD, E.; STOLLEY, P.D. – Foundations of Epidemiology. New York: Oxford University Press, 1994.

LORANT, V, DEMAREST, S, MIERMANS, P-J, VAN OYEN, H. – Survey error in measuring socio-economic risk factors of health status: a comparison of a survey and a census. *International Journal of Epidemiology*. 36:6 (2007) 1292-1299.

LOPES, C; ANDREOZZI, V.L., RAMOS, E; SÁ CARVALHO, M. – Modelling over week patterns of alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism* 43:2 (2008) 215-22.

LOPEZ, A.D.; HOLLINSHAW, N.E.; PIHA, T. – A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*. 3 (1994) 242-47.

LUEDEMANN, et al. – Association between behaviour-dependent cardiovascular risk factors and asymptomatic carotid atherosclerosis in a general population. *Stroke*. 33 (2002) 2929-2935.

MA, J.; BETTS, M.; HAMPL, J.S. – Clustering of lifestyle behaviours: the relationship between cigarette smoking, alcohol consumption and dietary intake. *American Journal of Health Promotion* 15:2 (2000) 107-117.

MCDOWEL, A; PITBLADO, J. – From the help desk: It's all about the sampling. *The Stata Journal* 2:2 (2002) 190 – 201.

MACHADO, A.; NICOLAU, R.; MATIAS DIAS, C. – Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006). *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XV:6 (2009) 1005-1027.

MACHADO-RODRIGUES L, MENDES, Z. – School surveys in Portugal 1986/87-1992/93. Lisboa: Ministério da Justiça, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do combate à Droga. Paper presented at the Pompidou Group – Council of Europe Meeting on the European Schools Surveys Project, Strasbourg, 7-8 March 1994.

MACKAY D, HAW S, AYRES JG, FISCHBACHER C, PELL JP. – Smoke-free legislation and hospitalizations for childhood asthma. *New England Journal of Medicine*. 363:12 (2010) 1139-45.

MACMAHON, B.; TICHOPoulos, D. – *Epidemiology: principles and methods*. New York, NY: Little, Brown and Company, 1996.

MAILLIARD, M, SORREL, M. – Alcoholic liver disease. In : Kasper, et al, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 16th ed. New York: McGraw-Hill; 2005: 1855-1856.

MALETTA, H. – Weighting: weight matters. [Em linha]. Montreal: Raynalds SPSS tools 2001. [consult. Em 2/05/2010]. Disponível em <http://www.spsstools.net/Tutorials/WEIGHTING.pdf>.

MARMOT, M.G.; ROSE G.; SHIPLEY, M.; HAMILTON, P.J.S. – Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 32 (1978) 244–249.

MARMOT, M.G.; ELLIOT, P. – Coronary disease epidemiology: from aetiology to public health. In Marmot, M.G.; Elliot, P. eds. *Coronary disease epidemiology: from aetiology to public health*. New York. Second edition, Oxford University Press: 2005a.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. – Social determinants of health. 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 2005b.

MARINHO, R.T. – Perspectiva médica sobre a taxa de alcoolémia de 0,2 mg/ml. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 17 (2001) 471-485.

MARQUES-VIDAL, P.; RAVASCO, P.; DIAS, C.M.; CAMILO, E. – Trends of food intake in Portugal, 1987–1999: results from the national health surveys. European Journal of Clinical Nutrition. 60 (2006) 1414–1422.

MARQUES-VIDAL, P.; DIAS, C.M. – Trends and determinants of alcohol consumption in Portugal: results from the national health surveys 1995 to 1996 and 1998 to 1999. Alcoholism-Clinical and Experimental Research. 29 (2005) 89–97.

MATTHEWS, C. E. – Seasonal Variation in Household, Occupational, and Leisure Time Physical Activity: Longitudinal Analyses from the Seasonal Variation of Blood Cholesterol Study. American Journal of Epidemiology. 153 (2001) 172–83.

MATHERS, C.D.; LONCAR, D. – Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results. Evidence and Information for Policy Working Paper Evidence and Information for Policy. Geneva. World Health Organization, October 2005.

MATIAS DIAS, C., GRAÇA, M.J., MARINHO FALCÃO, J. – Algumas características socio-económicas dos fumadores na população de Portugal Continental: Resultados do Inquérito Nacional de Saúde de 1995/1996. Notas Sobre. 1 (1999).

MATIAS DIAS, C., GRAÇA, M.J., – O Inquérito Nacional de Saúde em Portugal, História, métodos e alguns resultados. Lisboa. Observatório nacional de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa, 2001.

MATIAS DIAS, C. – A evolução dos consumos de bebidas alcoólicas e de etanol em Portugal Continental: dados dos inquéritos nacionais de saúde de 1987, 1996 e 1999. Comunicação apresentada no 1º encontro dos Centros de Alcoologia, Lisboa, 2003.

MATIAS DIAS, C. et al. – Prevalência de benzodiazepinas e de etanol em vítimas de acidentes de viação na área de influência do Hospital de São José, em 2001. Lisboa: Centro de Epidemiologia e Bioestatística, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2002.

MATIAS DIAS, C.; VIEIRA DA SILVA, A.; NETO, D. – Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal Continental: dados dos inquéritos nacionais de saúde de 1996 e 1999. Lisboa. Centro Regional de Alcoologia de Lisboa. 2008.

MATIAS DIAS, C.; VINTÉM, J. – Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006: Relatório final de execução. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006.

MCKEE, M, BRITTON A – The positive relationship between alcohol and heart disease in Eastern Europe: potential physiological mechanisms. Journal of the Royal Society of Medicine. 91 (1998) 402-407.

MELLO, M.; BARRIAS, J.; BREDÁ, J. – Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa: Direcção Geral da Saúde: Ministério da Saúde, 2001.

MICROSOFT – Excel, v17. Microsoft Corporation. 2007.

MINNESOTA. – Minnesota population center and state health access data assistance center - Integrated Health Interview Series: Version 3.0. [em linha] Minneapolis: University of Minnesota, 2010. [consult. Em 09/09/2010]. Disponível em <http://www.ihis.us/ihis/index.shtml>

MOMPEROUSSE, D.; DELNEVO, C. D. – Exploring the seasonality of cigarette-smoking behaviour. *Tobacco Control* 16 (2007) 69 – 71.

MONSANTO, A. – Abuso crónico de álcool. Luso: Comunicação apresentada na reunião anual da rede de médicos sentinela, 1997.

MONTEIRO, C.A.; et al. – Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (2004) 940–946.

MOREIRA, P.; PADRÃO, P. – Educational and economic determinants of intake in Portuguese adults: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 4 (2004):58-.

MORRIS, J.A. – Recent history of coronary disease. *Lancet*, I, 1:7 (1951) 69-73.

MORRIS, J.N., HEADY, J.A., RAFFLE, P.A.B., ROBERTS, C.G., PARKS, J.W. – (1953). Coronary heart disease and physical activity of work. *Lancet* ii. 1053:1057 (1953) 1111-1120.

MORRIS, J.N., CRAWFORD, M.D. – Coronary heart disease and physical activity of work: evidence of a national necropsy survey. *British Medical Journal* ii (1958) 1485-1496.

MORRIS, J.N., CHAVE, S.P.W., ADAM, C., SIREY, C., EPSTEIN, L., SHEEHAN, D.J.
– Vigorous physical exercise in leisure-time and incidence of coronary heart disease.
Lancet ii (1973) 333-339.

MURRAY, C.J.L; LOPEZ, A.D. – The Global Burden of Disease. Geneva, World Health
Organization. Harvard School of Public Health. World Bank. 1996.

MURRAY, C.J.L, EZZATY, M., LOPEZ, A.D., RODGERS, A., VAN DER HOORN, S.
– Comparative quantification of health. 1:1 (2003).

NATÁRIO, E. – Hábitos de vida e percepção da saúde – inquérito de um dia a utilizadores
de um centro de saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 10:2 (1992) 5-13.

NORWAY, Norwegian Institute of Public Health. – Smoking in Norway - fact sheet. [Em
linha]. Norway, Norwegian Institute of Public Health, 2009. [consult. em 11.07.2010].
Disponível em http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=238&trg=MainLeft_5976&MainArea_5811=5976:0:15,5012:1:0:0:::0:0&MainLeft_5976=5825:84434::1:5977:21:::0:0

OECD – The prevention of harmful alcohol use. [Em linha]. Paris, Organisation for
Economic Co-operation and Development, 2011. [consult. em 06.06.2011]. Disponível em
[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/E/P\(2011\)1&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/E/P(2011)1&docLanguage=En)

OGDEN CL, CARROLL MD, CURTIN LR, MCDOWELL MA, TABAK CJ, FLEGAL
KM. – Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. Journal of
the American Medical Association. 259 (2006) 1549 –1555.

OKSUZ, E.; MUTLU, E.T.; MALHAN, S. – Characteristics of daily and occasional smoking among youths. *Public Health*. 121:5 (2007) 349-356.

OLESKE, D.M. – An epidemiologic framework for the delivery of health care services. In: *Epidemiology and the delivery of health care services*. 3rd ed. Springer, New York, 2009.

OLIVEIRA, D.G.F. – Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses. Dissertação de Mestrado: Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação: Universidade Nova de Lisboa, 2009.

OLIVEIRA, A.; BARROS, H.; MACIEL, M.J.; LOPES, C. – Tobacco smoking and acute myocardial infarction in young adults: A population-based case-control study. *Preventive Medicine*. 44 (2007) 311–316.

OMRAN, A.R. – The epidemiologic transition. A theory of epidemiology population change. *Milbank Quarterly*. 49 (1971) 509-553.

OMS – Comissão para os determinantes sociais da saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra. Organização Mundial da Saúde, 2010.

OMS – Relatório Mundial da Saúde 2005 - Para que todas as mães e crianças contem. Genebra. Organização Mundial da Saúde, 2005.

ORFANOS, P.; et al. – Eating out of home and its correlates in 10 European countries. The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. *Public Health Nutrition*. 1:11 (2007).

PAFFENBARGER, R.S., HALE, W. – Work activity and coronary heart mortality. *New England Journal of Medicine*. 292 (1975) 545-550.

PALACIOS, C.; JOSHIPURA, K.J.; WILLETT, W.C. – Nutrition and health: guidelines for dental practitioners. *Oral Diseases*. 15 (2009) 369–381.

PANG, T. – Evidence to action in the developing world: what evidence is needed? *Bulletin of the World Health Organization*. 85:4 (2007) 247.

PAPPAIOANOU, M.; EVANS, C. – Development of the Guide to Community Preventive Services: a U.S. Public Health Service initiative. *Journal of Public Health Management Practice*. 4:suppl 2 (1998) 48 –54.

PATER, C. – The current status of primary prevention in coronary heart disease. *Current Control Trials in Cardiovascular Medicine*. 2 (2001) 24–37.

PATON, A. – The body and its health. In Cooper, D. ed. *Alcohol use*. Abingdon: Radcliff Medical Press; 2000: 26-38.

PEELE, S. – Utilizing culture and behaviour in epidemiological models of alcohol consumption and consequences for Western nations. *Alcohol*, 32 (1997) 51–64.

PEREIRA MIGUEL, J.M. – Epidemiologia da Pressão Arterial e da Lipémia em Amostras da População Portuguesa. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa; 1983.

PETO, R., LOPEZ, A.D., BOREHAM, J., THUN, M., HEATH, C., JR. – Mortality from tobacco in developed countries. *Lancet*. 339 (1992) 1268-1278.

POINHOS, R.; et al. – Alimentação e estilos de vida da população Portuguesa: metodologia e resultados preliminares. *Alimentação Humana*. 15:3 (2009) 43-60.

POPKIN, B.M.; DUFFEY, K.; GORDON-LARSEN, P. – Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. *Physiology & Behavior*. 86 (2005) 603 – 613.

PORTUGAL – Lei 37/2007. de 13 de Maio: Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo. *Diário da República 1ª Série*, nº156 – 14 de Agosto de 2007: 5277-5285. Imprensa Nacional Casa da Moeda. 2007.

PORTUGAL – Lei 22/2008. de 13 de Maio: Lei do Sistema Estatístico. *Diário da República I- Série*, nº92 – 13 de Maio de 2008: 2617-2622. Imprensa Nacional Casa da Moeda. 2008c.

PORTUGAL.MNE – Decreto-Lei 25-A/2005. de 8 de Novembro. *Diário da República I- Série A*, nº214 – 8 de Novembro de 2005: 6456. Imprensa Nacional Casa da Moeda.

PORTUGAL.INE – Estatísticas Demográficas. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística. 2010.

PORTUGAL.MS.INS.A.INE – Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006: Protocolo de parceria. Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto Nacional de Estatística, 2002.

PORTUGAL.MTSS.ISS. – Relatório Anual da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em 2006. Lisboa. Ministério do Trabalho e Segurança Social, Instituto da Segurança Social, IP. 2007.

PORTUGAL.MS. – Determinantes da saúde na União Europeia: Actas da Conferência de Évora. Lisboa. Ministério da Saúde, 2000.

PORTUGAL.MS.IDT. – II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral - Portugal 2007. Lisboa: Instituto da Droga e Toxicodependência, 2007.

PORTUGAL.MS – Despacho Normativo nº 15/2009. D.R. II.a Série. 68(7/4/1999): 13732-13741.

PORTUGAL.MS.DGS – Contributos para um plano Nacional de Saúde – Orientações estratégicas. Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa (2003a).

PORTUGAL.MS.DGS – Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com os Estilos de Vida. (Documento de Trabalho – versão provisória). Lisboa. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2003b).

PORTUGAL.MS.DEPS. – Inquérito Nacional de Saúde 1987: Dados Gerais. Lisboa. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Lisboa, 1990.

PORTUGAL.MS.INSa – Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999: Dados Gerais. Lisboa. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge: Observatório Nacional de Saúde. Lisboa, 2000.

PORTUGAL.MS.IDT. – European School Survey Project on Alcohol and Drugs: ESPAD 1999. Lisboa. Instituto Português da Droga e Toxicoddependência. Lisboa, 2001.

PORTUGAL.MS.DGS. – Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Director Geral e Alto-comissário da Saúde. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 2002.

PORTUGAL.MS.DGS. – Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001a.

PORTUGAL.MS.DGS – Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996: dados gerais. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1998.

PORTUGAL.MS.DGS – Relatório de 2001 do Director-Geral e Alto-comissário da Saúde. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde, 2002.

PORTUGAL.MS.INSa – Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999: dados gerais. Ministério da Saúde: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge: Observatório Nacional de Saúde. Lisboa, 2000.

PORTUGAL.MS.INSa.INE. – Inquérito Nacional de saúde 2005/2006: dados gerais. Lisboa. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge: Instituto Nacional de Estatística. 2008.

PORTUGAL.MS.INSa – Inquérito Nacional de saúde 2005/2006: Relatório de execução. Lisboa. Ministério da saúde: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Departamento de Epidemiologia. Lisboa, 2009.

PORTUGAL.MS.INSA – Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006: Manual do entrevistador. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde. Lisboa, 2004.

PORTUGAL.MS.DGS. – Elementos Estatísticos. Informação Geral de Saúde, 2008. Lisboa: Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2008a.

PORTUGAL.MS.IPDT – European School Survey Project on Alcohol and Drugs, ESPAD 1999. Lisboa: Instituto Português da Droga e Toxicoddependência, 2001.

PORTUGAL.MS.DGS. – A actividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar! [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2007a [consult. Em 18/05/2010]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/FDB7388A-435E-4F65-BC1A-BAC31B74EFD7/0/i009085.pdf>

PORTUGAL.MS.IDT – Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2009-2012: em discussão pública de 9 Fevereiro a 10 Março 2009. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2009. [consult. Em 18/02/2010]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/discussao/arquivo/plano+alcohol.htm>

PORTUGAL.INE – Política de difusão [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2010. [consult. Em 22/10/2010]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&ine_smenu.boui=13711041 &INST=54411

PORTUGAL.INE – meta-informação: conceitos: conceitos estatísticos: mercado de trabalho: doméstico [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 1998. [consult. Em 22/10/2009]. Disponível em http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detalhe.aspx?cnc_cod=1468&cnc_ini=24-05-1994.

PORTUGAL.INE. – Inquérito Piloto dos Censos 2011 [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2009. [consult. Em 22/01/2010]. Disponível em http://metaweb.ine.pt/sim/OPERACOES/DOCMET_PDF/DOCMET_PDF_126_1_0.pdf

PORTUGAL.INE – Dia Mundial da Alimentação: a alimentação dos portugueses. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2003.

PORTUGAL.MS.INS.A.INE – Quarto Inquérito Nacional de Saúde: Protocolo de colaboração. Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto Nacional de Estatística, 2002.

PORTUGAL.MS.INS.A – Inquérito Alimentar Nacional. Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Ministério da Saúde, 1981.

PORTUGAL.MS.DGS – Risco global cardiovascular. (Circular normativa; 06/DSPCS de 18/04/2007). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2007b.

PORTUGAL.MS.DGS. – Health in Portugal: 2007. Lisbon: Directorate-General of Health, 2007.

PORTUGAL.MS.ACS – Plano Nacional de Saúde: metas e indicadores. Lisboa, Alto-Comissariado da Saúde, 2010.

PRECIOSO, J.; MACEDO, M.; DANTAS, A. – Relação entre o tabagismo dos pais e dos filhos: um estudo efectuado em alunos do 3º Ciclo das EB 23 do Concelho de Braga. Braga. Actas do 1º Encontro Ibérico de Prevenção do Tabagismo. Instituto de educação e Psicologia. Universidade do Minho, 2001.

PRODUKSCHAP VOOR GEDISTILLEERDE DRANKEN – World Drink Trends 1996. Henley-on-Thames: NTC Publications, 1997.

PRODUKSCHAP VOOR GEDISTILLEERDE DRANKEN – World Drink Trends 2000. Henley-on-Thames: NTC Publications, 2001.

PRODUKSCHAP VOOR GEDISTILLEERDE DRANKEN – World Drink Trends 2003. Henley-on-Thames: NTC Publications, 2005.

PRONK, N.P.; ANDERSON, L.H.; CRAIS, L.H. et al – Meeting recommendations for multiple healthy lifestyle factors. Prevalence, clustering, and predictors among adolescent, adult, and senior health plan members. American Journal of Preventive Medicine. 27:2 :Supplement (2004) 25-33.

PUSKA, P. - Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine. 4:1 (2002) 5-7.

RABACOW, F.M. et. al. - Questionários de medidas de atividade física em idosos. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano. 8:4 (2006) 99-106.

RAO, J.; SCOTT, A. - On chi-squared tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. Annals of Statistics. 12 (1984) 46-60.

RAO, J.; THOMAS, D. - Analysis of categorical response data from complex surveys: an upraise and update. In Analysis of Survey Data, ed. R. Chambers and C. Skinner. New York: John Wiley & Sons 2003.

REDDY KS, et al. - Educational status and cardiovascular risk profile in Indians. Proceedings of the National Academy of Science: USA. 104:41 (2007) 16263-8.

REHM, J.; et al. - The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction, 105 (2010) 817 – 843.

RENAUD, S.; DELORGERIL, M. - Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. The Lancet. 339:8808 (1992) 1523-1526.

RIBEIRO, J. - Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. Psicologia, Saúde & Doenças, 2:1 (2001) 77-99.

RIBEIRO, J. - Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. Análise Psicológica. 2: XXII (2004) 387-397.

RIBOLI E, KAAKS R. - The EPIC project: rationale and study design. European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. International Journal of Epidemiology. 26:1 (1997) S6–14.

RODRIGUES, S. et. al. - Comparison of national food supply, household food availability and individual food consumption data in Portugal. Journal of Public Health 15 (2007) 447–455.

ROHRMANN, S.; KLEIN, S. - Development and validation of a short food list to assess the intake of total fat, saturated, mono-unsaturated, polyunsaturated fatty acids and cholesterol. *European Journal of Public Health*. 13 (2003) 262–268.

ROOS, G.; et. al. - Disparities in vegetable and fruit consumption: European cases from the north to the south. *Public Health Nutrition*: 4:1(2000) 35-43.

ROSAL, M.C.; et al. - Prevalence and co-occurrence of health risk behaviours among high-risk drinkers in a primary care population. *Preventive Medicine*. 31 (2002) 140–147.

ROSE, G. - *The strategy of Preventive Medicine*. Oxford. Oxford University Press, 1995.

ROSENGREN, A.; WILHELMSEN, L.; WEDEL, H. - Coronary heart disease, cancer and mortality in male middle-aged light smokers. *Journal of Internal Medicine*. 231 (1992) 357-62.

ROTHMAN, K.J. – Causes. *American Journal of Epidemiology*. 104:6 (1976) 587-592.

ROTHMAN, K.J.; GREENLAND, S. - *Modern epidemiology*. 2nd ed. Boston, Little, Brown and Company, 1998.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. - Alcohol use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. Clinical Guideline 100, London, Royal College of Physicians, 2010.

RYCHETNIK, L. et. al. - A glossary for evidence based public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58 (2004) 538–545.

SACKET, D.L. – Bias in analytical research. *Journal of Chronic Diseases*. 32 (1979) 51:63.

SALMON, J.; OWEN, N.; BAUMAN, A.; SCHMITZ, K.; BOOTH, M. - Leisure-time, occupational and household physical activity among professional, skilled and less-skilled workers and homemakers. *Preventive Medicine*. 30 (2000) 191-199.

SÁNCHEZ-VILLEGAS, A.; DELGADO-RODRÍGUEZ, M.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A.; DE IRALA-ESTÉVEZ, J. - Gender, age, socio-demographic and lifestyle factors associated with major dietary patterns in the Spanish Project SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). *European Journal of Clinical Nutrition*. 57 (2003) 285–292.

SANTANA, P. - Poverty, social exclusion and health in Portugal. *Social Science & Medicine*. 55 (2002) 33 – 45.

SANTIBANEZ, T.A.; BARKER, L.E.; SHAW, K.M. - Measurement of Vaccination Coverage at Age 24 and 19-35 Months: A Case Study of Multiple Imputation in Public Health. *Population Health Metrics*. 3:6 (2005).

SANTOS, A.C.; BARROS, H. - Prevalence and determinants of obesity in an urban sample of Portuguese adults. *Public Health*. 117 (2003) 430–437.

SANTOS, R. - Obesidade, actividade física e síndrome metabólico. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4:2 (2004) 299–327.

SANTOS, M.P.; MATOS, M.; MOTA, J. - Seasonal variations in Portuguese adolescents' organized and nonorganized physical activities. *Pediatric Exercise Science*. 17 (2004b) 390–8.

SANTOS, A.C.; EBRAHIM, S. BARROS, H. - Alcohol intake, smoking, sleeping hours, physical activity and the metabolic syndrome. *Preventive Medicine*. 44 (2007) 328–334.

SIMÕES, J.A.; GAMA, M.E.; CONTENTE, C.B. – Factores de risco cardiovascular numa população rural com idade entre os 25 e os 44 anos – 1º estudo. *Anamnesis*. 8:84 (1999) 5-8.

SCHLESSELMAN, J. – Case Control studies. New York, NY: Oxford University Press; 1982.

SCHUCKIT, M.A. – Alcohol and Alcoholism. In : Kasper, et al, eds. *Harrison's Principles of internal Medicine*. 16th ed. New York: McGraw-Hill; 2005: 2562-2566.

SCHWARTZ, S., SUSSER, E., SUSSER, M.A - future for Epidemiology ? *Annual Review in Public Health*. 20 (1999) 15-33.

SCHUIT A., J., VAN LOON, A. J. TIJHUIDIS, M., OCKE, M. - Clustering of lifestyle risk factors in a general adult population. *Preventive Medicine*. 35:3 (2002) 219-224.

SHAHAR, D.R. et al. – Seasonal variations in dietary intake affect the consistency of dietary assessment. *European Journal of Epidemiology*. 17(2001) 129-133.

SHERBOURNE, C. D.; HAYS, R. D. – Marital status, social support and health transitions in chronic disease patients. [Em linha]. Santa Mónica: California: The RAND Corporation, 1991. [consult. Em 12/01/2008]. Disponível em <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/reports/2007/R4044.pdf>.

SHERWOOD, N.E.; JEFFERY, R.W. - The behavioural determinants of exercise: Implications for Physical Activity Interventions. *Annual Review of Nutrition*. 20 (2000) 21-44.

SHIM, J.K. - Understanding the routinised inclusion of race, socioeconomic status and sex in epidemiology: the utility of concepts from technoscience studies. *Sociology of Health & Illness*. 24:2 (2002) 129–150.

SILM, S.; AHAS, R. - Seasonality of alcohol-related phenomena in Estonia. *International Journal of Biometeorology*. 49 (2005) 215–223.

SIMPURA, J.; KARLSSON, T. – Trends in drinking patterns among adult population in 15 European countries, 1950 to 2000: a review. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 18 (2001) 31-53.

SOLAR, O.; IRWIN, A. - Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health: Discussion paper for the Commission on the Social Determinants of Health. Internal Paper. Geneva, World Health Organization. 2005.

SPSS - SPSS 17.0 for Windows. Release 16.0 (6 Sep 2008). SPSS Inc. 2008.

STAMLER, J.; WENTWORTH, D.; NEATON, J.D. - Is relationship between serum cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded? *Journal of the American Medical Association*. 256:20 (1986) 2823-2828.

SUBAR, A.F. - Comparative validation of the Block, Willett, and National Cancer Institute food frequency questionnaires: the Eating at America's Table Study. *Am. J. Epidemiology*. 154 (2001) 1089–99.

SULLIVAN, P.W.; GHUSHCHYAN, V.; WYATT, H.R.; WU, H.Q.; HILL, J.O. - Impact of Cardiometabolic Risk Factor Clusters on Health-related Quality of Life in the U.S. *Obesity*. 15 (2007) 511-521.

SULLIVAN, P. F. & KENDLER, K. S. (1999) The genetic epidemiology of smoking. *Nicotine and Tobacco Research*. 1: Supplement (1999) S51–S57.

SWAN, A. V., CREESER, R. & MURRAY, M. (1990) - When and why children first start to smoke. *International Journal of Epidemiology*, 19 (1990) 323–330.

SWEETING, H. AND WEST, P. - Social class and smoking at age 15: the effect of different definitions of smoking. *Addiction*. 96:9 (2001) 1357-1359.

SZKLO, M.; NIETO, F.J. – *Epidemiology: Beyond the basics*. Gaithersburg, MA. Aspen Publishers, Inc. 2000.

TAYLOR, A.W.; CAMPOSTRINI, S.; GILL, T.K.; CARTER, P.; GRANDE, E.D.; HERRIOT, M. - The use of chronic disease risk factor surveillance systems for evidence-based decision-making: physical activity and nutrition as examples. *International Journal of Public Health*. 55 (2010) 243–249.

TAYLOR, H.L., KLEPETAR, E., KEYS, A., PARLIN, W., BLACKBURN, H., PUCHNER, T. – Death rates among physically active and sedentary employees of the railroad industry. *American Journal of Public Health*. 52 (1962) 1697-1707.

THIELE, S.; MENSINK, G.; BEITZ, R. – Determinants of diet quality. *Public Health Nutrition*. 7:1 (2004) 29–37.

THOMPSON, F.E. – Performance of a short tool to assess dietary intakes of fruits and vegetables, percentage energy from fat and fibre. *Public Health Nutrition*: 7:8 (2004) 1097–1106.

THORAT, M.A., THORAT, P.M., HRIISHEEKESJ, J.V, VAIDYA, J. VAIDYA, J.S. – Analysis of temporal trends in the BMJ archive. *British Medical Journal*. 341 (2010) c3306.

THUNE, I., FURBERG, A-S. – Physical activity and cancer risk: dose-response and cancer, all sites and site-specific. *Medicine and science in sports and exercise*. 33 (suppl.) (2001) S530-S550.

TONG, E.K.; ONG, M.K.; VITTINGHOFF, E.; PÉREZ-STABLE, E.J. – Nondaily Smokers Should be asked and advised to quit. *American Journal of Preventive Medicine*. 30:1 (2006) 23-30.

TREVISAN, M.; LIU, J.; BAHSAS, F.B.; MENOTI, A. – Syndrome X and Mortality: A Population-based Study. *American Journal of Epidemiology*. 148:10 (1998) 958 – 966.

TRUMAN, B.I. et.al. – Developing the Guide to Community Preventive Services—Overview and Rationale. *American Journal of Preventive Medicine*. 18:1S (2000) 18-26.

TUCKER, P; GILLILAND. J. – The effect of season and weather on physical activity: A systematic review. *Public Health*. 121 (2007) 909-922.

TUDOR-LOCKE, C.; et. al. – Utility of Pedometers for Assessing Physical Activity. *Sports Medicine*. 32:12 (2002) 795-808.

U, J., MEYER, C., RUMPF, H.J., HAPKE, U. – Probabilities of alcohol high-risk drinking, abuse or dependence estimated on grounds of tobacco smoking and nicotine dependence. *Addiction*. 98:6 (2003) 805-814.

UITENBROEK, D.G. – Seasonal variation in alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*. 57 (1996) 47-52.

UK.DoH – At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report from the Chief Medical Officer. London, Department of Health, 2004.

UNESCO – International Standard Classification of Education (ISCED 1997). Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation, 2006 [consult. Em 18/04/2010]. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001469/146967e.pdf>

UNESCO – UNESCO’S Gender Mainstreaming Implementation Framework (GMIF) for 2002-2007. [Em linha]. Paris: UNESCO: The section for women and gender equality of the Bureau of Strategic Planning. 2003 [consult. Em 08/04/2008]. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001318/131854e.pdf>

UNWIN, N. – Commentary: Non-Communicable disease and priority for health policy in sub-saharan Africa. *Health Policy and Planning*. 16:4 (2001) 351-352.

US.DHHS.CDC – National Health Interview Survey: The principal source of information on the health of the U.S. population [Em linha]. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2010. [Consult. Em 12/03/2010]. Disponível em http://www.cdc.gov/nchs/nhis/about_nhis.htm#procedures.

US.DHHS.CDC – Physical Activity Guidelines for Adults 07/09 [Em linha]. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services: Centers for Disease Control and Prevention, 2008. [Consult. Em 12/03/2010]. Disponível em <http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/summary.aspx>.

US.DHHS.CDC – Adult participation in recommended levels of physical activity: United States, 2001 and 2003. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR 54 (2005a) 1208-1212.

US.DHHS.CDC – Trends in leisure time physical inactivity by age, sex and race/ethnicity - United States - 1994-2004. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR 54 (2005b) 991-994.

US.DHHS – Enabling Community use of data for cancer prevention and control. [Em linha]. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Challenge.gov, 2011. [Consult. Em 12/02/2011]. Disponível em <http://challenge.gov/HHS/73-enabling-community-use-of-data-for-cancer-prevention-and-control>.

US.DHHS.CDC. – The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, 2004.

US.DHHS. –The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General. Washington, DC: US Government Printing Office, 1986.

US.DHHS.CDC – Global Tobacco Control Programme. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES: Centers for Disease Control and Prevention's (CDC). National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2003.

US.DHHS.CDC – Reducing the health consequences of smoking – 24 years of progress: a report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: Public Health Service, Centers for

Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1989.

US.DHHS.CDC – Alcohol and public health: Fact Sheets: Alcohol use and health. [Em linha]. Atlanta, GA: DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Centers for Disease Control and Prevention, 2010a. [Consult. em 23/07/2011]. Disponível em <http://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/alcohol-use.htm>.

US.DA:US.DHHS.CDC – Dietary Guidelines for Americans: Chapter 9: Alcoholic Beverages. [EM LINHA] Washington, DC: US Government Printing Office; 2005a, p. 43–46. [consult. em 28/03/2008]. Disponível em <http://www.health.gov/DIETARYGUIDELINES/dga2005/document/html/chapter9.htm>.

US.DA:US.DHHS.CDC – Dietary Guidelines for Americans, 2010. 7th Edition. Washington, DC: United States Department of Agriculture and United States Department of Health and Human Services: United States Government Printing Office, December 2010b.

US.DA.DHHS. – Dietary Guidelines for Americans: Policy document. [EM LINHA] Washington, DC: US Government Printing Office; 2010c, [consult. em 8/01/2011]. Disponível em <http://www.cnpp.usda.gov/Publications/DietaryGuidelines/2010/PolicyDoc/PolicyDoc.pdf>

VAN DUYN, M.; PIVONKA, E. – Overview of the Health Benefits of Fruit and Vegetable Consumption for the Dietetics Professional: Selected Literature. Journal of the American Diet Association. 100 (2000) 1511-1521.

VANLEEUEWEN, J.A.; WALTNER-TOEWS, D.; ABERNATHY, T. et al. – Evolving models of human health toward an ecosystem context. *Ecosystem Health*. 5 (1999) 239–254.

VARO, J.; GONZÁLEZ, A.M.; ESTÉVEZ, J. DE I.; KEARNEY, J.; GIBNEY, M.; MARTÍNEZ, J. – Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*. 32 (2003) 138-146.

VITA, A.J.; TERRY, R.B.; HUBERT, H.B.; FRIES, J.F. - Aging, health risks, and cumulative disability. *New England Journal of Medicine*. 338 (1998) 1035-1041.

VEENSTRA, et. al. – A literature overview of the relationship between life-events and alcohol use in the general population. *Alcohol & Alcoholism*. 41:4 (2006) 455–463.

VIET, L. – Smoking. In Aromaa, A., Koponen, P., Tafforeau, J. Status and future of health surveys in the European Union: final report of phase 2 of the project health surveys in the EU (HIS and HIS/HES evaluations and models). National Public Health Institute (KTL-Finland) and Institute of Public Health (Brussels), 2003.

VINK, J. M. , WILLEMSSEN, G., BOOMSMA, D. I. – The association of current smoking behavior with the smoking behavior of parents, siblings, friends and spouses. *Addiction*. 98 (2003) 923–931.

WALLACE, R.B. – Maxey-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine: Fifteenth Edition. New York. Mc-Graw-Hill. 2008.

WANG, M. Q., FITZHUGH, E. C., WESTERFIELD, C. & EDDY, J. M. – Family and peer influences on smoking behavior among American adolescents: an age trend. *Journal of Adolescent Health*. 16 (1995) 200–203.

WELLMAN, R.J.; DIFRANZA, J.R. – Seasonality in onset of youth smoking parallels seasonality in cigarette sales. *Tobacco Control*. 12 (2003) 339-340.

WIKIPEDIA – Scientific Method. [em linha], consultada em 08.10.08. Disponível em http://en.wikipedia.org/wiki/Scientific_Method#History.

WILKINSON, R.G.; PICKETT, K.E. – Income Inequality and Social Dysfunction. *Annual Review of Sociology*. 35 (2009) 493–511.

WHITEHEAD, M. – William Farr’s legacy to the study of inequalities in health. *Bulletin of the World Health Organization*. 78:1(2000) 86-87.

WHITEHEAD, M; DAHLGREN, G. – Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.

WHITLOCK, E.P; ORLEANS, T.; PENDER, N.; ALLAN, J. – Evaluating primary care behavioural counselling interventions: an evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*. 22 (2002) 267–84.

WORLD BANK. – Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. World Bank, Washington D.C., 1999.

WORLD BANK. –Tobacco Control at a glance. World Bank, Washington, 2003.

WHO – International Classification of Diseases 9:-Clinical Modification. Geneva. World Health Organization, 1980.

WHO – Ottawa Charter for Health Promotion. [Em linha]. Ottawa, Ontário, Canada: International Conference on Health Promotion: The move towards a new public health.

World Health Organization, 1986. [Consult. em 20/03/2008]. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.

WHO – MONICA manual. Geneva: World Health Organisation, 1992.

WHO – Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. [em linha] Geneva: World Health Organization, 1994 [Consult. em 06/01/2011]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html.

WHO – Health and Behaviour in School-aged Children Survey, 1997/1998. Geneva, World Health Organization, 1998.

WHO – Macro and micro environmental determinants of physical activity. In: WHO - The obesity issue in Europe: status, challenges, prospects. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.

WHO – Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009a.

WHO – Global recommendations for physical activity for health. Geneva. World Health Organization, 2010.

WHO – Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation presented at the World Health Organization, 3-5 June 1997. Geneva, World Health Organization. 1997a.

WHO – Non-communicable disease: A global priority, says the World Health Assembly: Press Release No. 39:18th May 1998. [Em linha]. Geneva: World Health Organization,

1998. [Consult. em 23/07/2010]. Disponível em: <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-39.html>

WHO – Protocol and Guidelines: Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) Programme. (Revision of 1994). [Em linha]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996a [Consult. em 17/10/2010]. Disponível em: http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cindi/pdf/cindi_vision_en.pdf

WHO – Health Promotion Glossary. Copenhagen: WHO/HPR/HEP/98.1. World Health Organization. 2003b.

WHO – 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. Geneva, Switzerland, World Health Organization: 2008.

WHO – Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO Consultation. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. [Em linha]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999. [Consult. em 12/12/2010]. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/publications/en/>

WHO – World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization, 2002.

WHO – EuroHIS: Development of Common instruments for Health Interview Surveys in the European Region. Copenhagen, World Health Organization, 2003a.

WHO – Health Interview Surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: World Health Organization. Regional Publications European Series nº 58. 1996.

WHO – Global status report on alcohol. Geneva: World Health Organization, 1999.

WHO – Health for all database. Copenhagen: World Health Organization, 2011.

WHO – Food and health in Europe: a new basis for action. Geneva: World Health Organization: Regional Publications: European Series nº96. 2004.

WHO – Alcohol in Europe. Geneva. Regional Office for Europe. World Health Organization, 2006.

WHO – European Status report on Alcohol and health 2010a. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2010. [Consult. em 23/10/2010]. Disponível em www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf.

WHO – International Classification of Diseases and Related Health Harm: 10th Revision. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2007.

WHO – WHO report on the global tobacco epidemic: 2009. Geneva: World Health Organization, 2009b.

WHO – STEPS Instrument: Question-by-Question Guide (Core and Expanded). [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2008b. [Consult. em 23/07/2009]. Disponível em http://www.who.int/chp/steps/STEPS_QbyQ_Guide.pdf.

WHO – Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization: Technical Report Series 916. 2003c.

WHO – Social Determinants of Health: The solid facts. Copenhagen: World Health Organization: 2003d.

WHO – Commission on social determinants of health: Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health: Discussion paper for the commission on Social determinants of health: Draft. Geneva. World Health Organization – Commission on the Social Determinants of Health, July 2005.

WHO – Gender, health and aging. [Em linha]. Geneva: World Health Organization: Department of Gender and Women's health: Unit of aging and lifecourse. 2003. [Consult. em 23/07/2009]. Disponível em <http://www.who.int/gender/documents/en/GenderAgeing.pdf>

WILLIAMS, G.; DUFOUR, M.; BERTOLUCCI, D. – Drinking levels, knowledge, and associated characteristics: 1985 NHIS findings. Public Health Reports. 101 (1986) 593-8.

WOOD, D.; DE BACKER, G.; FAERGEMAN, O.; GRAHAM, I.; MANCIA, G.; PYORALA, K. – Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendation of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. Atherosclerosis. 140 (1998) 199–270.

YUSUF, S. et. al. – Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. The Lancet. 364:9468 (2004) 937-952.

ZHOU, X.H.; ECKERT, G.J.; TIERNEY, W.M. – Multiple imputation in public health research. Statistics in Medicine. 20 (2001) 1541-1549.

Apêndices

II

Distribuição conjunta de determinantes de saúde

Apêndice 1: Dicionário das variáveis analisadas

Nome da variável	Definição da variável	Variáveis Originais/derivadas	Tipo de variável (Escala de medida)	Códigos e Valores da variável
Sexo	Sexo biológico	Original	Qualitativa (nominal)	Masculino Feminino
Idade	Nº de anos completados desde o nascimento	Derivada	quantitativa (de Razão)	0; 1-4; 5-9; 10-14; 15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49; 50-54; 55-59; 60-64; 65-69; 70-74; 75-79; 80-84; ≥ 85
Classe etária	Nº de anos completados desde o nascimento	Derivada (recodificada)	Numérica (Categorial)	15-24; 25-44; 45-64; 65-74; ≥ 75
Estado civil	Estado civil de facto (1)	Estado civil; Situação conjugal	Nominal (Categorial)	1. Solteiro; casado ou coabitando; 2. divorciado ou separado; 3. viúvo.
Grau de instrução mais elevado	Grau de ensino mais elevado que foi atingido.	Original	Nominal (Ordinal)	1.Nenhum; 2.Ensino Básico – 1º ciclo; 3.Ensino Básico – 2º ciclo; 4.Ensino Básico – 3º ciclo; 5.Ensino Secundário; 6.Ensino pós-secundário; 7.Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento).
		Derivada (recodificada)		1.Nenhum; 2.Ensino Básico – 1º ciclo; 3.Ensino Básico – 2º e 3º ciclos; 4.Ensino Secundário e pós-secundário; 5.Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento).
Anos de escolaridade completados com aproveitamento	Número de anos de escolaridade frequentados e completados com aproveitamento	Derivada (recodificada)	Ordinal	Menos de 5 anos; 5 - 6 anos; 7 - 9 anos; 10 – 12 anos; 13 e mais anos
Ocupação Principal, nas duas últimas semanas	Situação perante o trabalho	Original	Nominal (categorial)	1. Trabalhadores Activos; 2. Desempregados; 3. Reformados 4. Estudantes; 5. Donas de Casa; 6. Permanentemente Incapacitados; 7. Estágios não remunerado; 8. Outra situação
		Derivada (recodificada)		1. Trabalhadores Activos e Donas de Casa; 2. Desempregados; 3. Reformados e Permanentemente Incapacitados; 4. Estudantes e Estágios não remunerado; 5. Outra situação

Dicionário das variáveis analisadas (continuação)

Nome da variável	Definição da variável	Variável Original/derivada	Tipo de variável (Escala de medida)	Códigos e Valores da variável
Profissão principal	Profissão exercida actualmente ou à data da reforma	Original	Nominal (categorial)	1. Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros superiores de Empresas; 2. Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas; 3. Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio; 4. Pessoal Administrativo e Similares; 5. Pessoal dos Serviços e Vendedores; 6. Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas; 7. Operários, Artífices e Trabalhadores similares; 8. Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem; 9. Trabalhadores não Qualificados; 10. Militares de Profissão
Grupo Profissional		Derivada (recodificada)		1. Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros superiores de Empresas; Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas e Militares de Profissão; 2. Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio; Pessoal Administrativo e Similares; Pessoal dos Serviços e Vendedores; 3. Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas; Operários, Artífices e Trabalhadores similares; Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem; 4. Trabalhadores não Qualificados e Sem profissão
Situação perante a profissão		Original	Nominal (categorial)	1. Trabalha por conta de outrem; 2. Trabalha por conta própria como empregador; 3. Trabalha para uma pessoa de família sem receber; 4. Outra situação.
Situação perante a profissão		Derivada (recodificada)		1. Trabalha por conta de outrem ou trabalha para uma pessoa de família sem receber; 2. Trabalha por conta própria como empregador 3. Outra situação.

Dicionário das variáveis analisadas (continuação)

Nome da variável	Definição da variável	Variáveis Originais/derivadas	Tipo de variável (Escala de medida)	Códigos e valores da variável
Consumo actual de tabaco:	Fumador: pessoa que actualmente consome tabaco todos os dias, ou ocasionalmente;	Derivada (recodificada)	Nominal (categorial)	0. Não fumador actual ou ex-fumador 1. Fumador diário ou ocasional
Consumo excessivo de bebidas alcoólicas	Bebedor de risco: pessoa que na semana anterior à entrevista consumiu, em média por dia, 3 ou mais bebidas alcoólicas, no caso do sexo masculino, ou 2 ou mais bebidas alcoólicas, no caso do sexo feminino.	Derivada (recodificada)	Nominal (categorial)	0. Bebedor sem risco 1. Bebedor de risco
Alimentação não saudável:	Pessoa que não consumiu fruta, legumes ou vegetais às refeições ou fora delas, no dia anterior à entrevista e que utiliza gorduras saturadas (manteiga, margarina ou banha) na confecção de alimentos em sua casa.	Derivada (recodificada)	Nominal (categorial)	0. Alimentação saudável 1. Alimentação não saudável
Actividade física insuficiente para gerar benefícios de saúde	Pessoa que não faz actividade física vigorosa, 75 minutos ou mais por semana, nem tem actividade física moderada, 150 ou mais minutos por semana, ambos em períodos mínimos de 10 minutos consecutivos.	Derivada (recodificada)	Nominal (categorial)	0. Actividade física suficiente 1. Actividade física insuficiente

Apêndice 2: Prevalência de doenças crónicas no Inquérito Nacional de Saúde

2005/2006

VIII

Distribuição conjunta de determinantes de saúde

Os resultados que se apresentam resultam da análise secundária de um subconjunto de dados seleccionados a partir da base oficial de dados obtidos pelo Quarto Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005/2006 à população residente em unidades de alojamento familiar em Portugal. O resultados que contam neste apêndice e no seguinte (apêndice 3) destinam-se a responder a um dos objectivos secundários do presente trabalho de doutoramento e referem-se a pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, cujos dados foram obtidos durante as semanas 14 a 26 do trabalho de campo, período em que o questionário daquele Inquérito incluiu simultaneamente perguntas que permitiram obter os dados das variáveis cuja análise secundária permite responder aos objectivos definidos para este trabalho.

Analisaram-se, assim, dados relativos a 8966 pessoas, ou seja, 23,3% das 41193 pessoas cujos dados constituem a totalidade da base de dados final do Quarto Inquérito Nacional de Saúde.

Todos os resultados são estimativas para a população portuguesa, em 2005/2006, das frequências, absolutas e relativas (estas em percentagem) das variáveis estudadas, obtidas após ponderação dos dados amostrais e utilização de um plano de análise que contempla o desenho complexo da amostra estudada pelo Quarto Inquérito Nacional de Saúde, de acordo com as instruções e o conjunto de ponderadores fornecidos conjuntamente com a base de dados aos investigadores que a solicitem junto do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge ou do Instituto Nacional de Estatística (Portugal, 2008).

Este anexo descreve os resultados obtidos neste trabalho quando da descrição estatística dos factores determinantes de saúde que são doenças crónicas em estudo, desagregados pelas categorias das variáveis sócio-demográficas

Prevalência de algumas doenças crónicas no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

1. Excesso de peso e obesidade

Quadro Ap2.1: Distribuição, por sexo e grupo etário, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com excesso de peso e obesidade, em Portugal em 2005/2006.

Grupo etário	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				,000				,000				,000
15-24	140615	21,8	(17,2 ; 27,3)		83881	13,2	(9,3 ; 18,3)		224496	17,5	(14,4 ; 21,2)	
25-44	869121	55,2	(51,3 ; 59,0)		580607	36,3	(32,8 ; 39,9)		1449728	45,7	(42,9 ; 48,4)	
45-64	855925	69,8	(66,3 ; 73,1)		841690	63,3	(59,8 ; 66,7)		1697615	66,4	(63,9 ; 68,8)	
65-74	295659	65,8	(59,7 ; 71,3)		353494	63,6	(58,7 ; 68,3)		649153	64,6	(60,8 ; 68,2)	
75+	161713	55,4	(49,0 ; 61,6)		222413	48,1	(42,6 ; 53,8)		384126	50,9	(46,7 ; 55,2)	
Total	2323033	55,5	(53,4 ; 57,6)		2082085	45,4	(43,3 ; 47,5)		4405118	50,2	(48,7 ; 51,7)	

Quadro Ap2.2: Distribuição por sexo e estado civil de facto das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com excesso de peso e obesidade, em Portugal em 2005/2006.

Estimativas na população do Número (N), proporção (%) e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%)												
Estado civil	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				,000				,000				
Solteiro	415394	33,9	(29,8 ; 38,2)		216429	20,3	(16,9 ; 24,1)		631823	27,6	(24,8 ; 30,5)	
Casado / Junto	764021	64,5	(62,0 ; 66,9)		1419870	52,1	(49,4 ; 54,8)		3183911	58,3	(56,4 ; 60,2)	
Separado / Divorciado	73067	57,0	(45,1 ; 68,0)		130056	47,9	(39,8 ; 56,1)		203123	50,8	(44,1 ; 57,5)	
Viúvo	70551	71,8	(60,9 ; 80,6)		315710	60,6	(55,3 ; 65,6)		386261	62,3	(57,6 ; 66,9)	
Total	2323033	55,5	(53,4 ; 57,6)		2082085	45,4	(43,3 ; 47,5)		405118	50,2	(48,7 ; 51,7)	

Quadro Ap2.3: Distribuição, por sexo e nível de ensino máximo alcançado, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos e excesso de peso e obesidade, residentes em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Nível de Ensino	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
Nenhum	187410	62,0	(54,6 ; 68,9)	,000	416451	60,2	(56,0 ; 64,2)	,000	603861	60,7	(57,1 ; 64,3)	,000
1º Ciclo	920556	68,2	(64,7 ; 71,6)		900917	62,3	(59,0 ; 65,6)		1821473	65,2	(62,7 ; 67,5)	
2º e 3º Ciclo	689912	49,7	(45,9 ; 53,4)		442748	36,3	(32,3 ; 40,5)		1132660	43,4	(40,6 ; 46,2)	
Secundário	272130	42,7	(36,4 ; 49,2)		171400	27,4	(22,4 ; 33,0)		443530	35,1	(31,0 ; 39,4)	
Superior	249194	49,6	(42,9 ; 56,4)		150568	25,1	(20,6 ; 30,2)		399762	36,3	(32,0 ; 40,7)	
Total	2319202	55,5	(53,4 ; 57,6)		2082084	45,4	(43,3 ; 47,5)		4401286	50,2	(48,7 ; 51,7)	

Quadro Ap2.4: Distribuição por sexo e ocupação principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com excesso de peso e obesidade, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Ocupação principal	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
Activo (1)	1580258	57,4	(54,8 ; 59,9)	,000	1369984	45,5	(42,9 ; 48,3)	,000	2950242	51,2	(49,3 ; 53,1)	,000
Desempregado	126543	55,9	(47,2 ; 64,3)		110764	43,1	(34,0 ; 52,7)		237307	49,1	(42,6 ; 55,6)	
Reformado (2)	540223	62,5	(58,5 ; 66,3)		540667	58,8	(55,1 ; 62,4)		1080890	60,6	(57,9 ; 63,2)	
Estudante (3)	64024	20,4	(14,5 ; 27,9)		38340	10,6	(6,7 ; 16,4)		102364	15,1	(11,5 ; 19,7)	
Outras situações	8602	42,2	(20,3 ; 67,7)		15257	67,2	(41,9 ; 85,3)		23859	55,4	(36,3 ; 73,0)	
Total	2319650	55,5	(53,4 ; 57,6)		2075012	45,4	(43,3 ; 47,5)		4394662	50,2	(48,7 ; 51,7)	

(1) Inclui donas de casa

(2) Inclui pessoas reformadas ou permanentemente incapacitadas

(3) Inclui estagiários não remunerados

Quadro Ap2.5: Distribuição por sexo e profissão principal agrupada, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com excesso de peso e obesidade, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
Grupo 1	368544	55,1	(49,7 ; 60,4)	,213	182300	37,9	(31,6 ; 44,7)	,000	550844	47,9	(43,7 ; 52,2)	,000
Grupo 2	517029	57,2	(53,0 ; 61,2)		558626	40,9	(36,9 ; 45,0)		1075655	47,4	(44,3 ; 50,4)	
Grupo 3	1126579	61,0	(57,8 ; 64,1)		525567	53,0	(49,1 ; 56,8)		1652146	58,2	(55,7 ; 60,6)	
Grupo 4	229025	59,4	(52,8 ; 65,6)		365483	57,4	(51,9 ; 62,6)		594508	58,1	(53,9 ; 62,2)	
Total	2241177	58,9	(56,8 ; 60,9)		1631976	46,9	(44,5 ; 49,3)		3873153	53,2	(51,6 ; 54,8)	

Grupo 1: Inclui Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas; Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas e Militares de profissão.

Grupo 2: Inclui Profissões Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo e Similares e Pessoal dos Serviços e Vendedores.

Grupo 3: Inclui Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas, Operários, Artífices e Trabalhadores similares e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.

Grupo 4: Trabalhadores não qualificados

Quadro Ap2.6: Distribuição, por sexo e situação na profissão principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com excesso de peso e obesidade, em Portugal em 2005/2006.

Estimativas na população do Número (N), proporção (%) e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%)												
	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
Grupo 1	1692229	57,3	(54,9 ; 59,6)	,003	1241078	44,9	(42,2 ; 47,7)	,002	2933307	51,3	(49,5 ; 53,1)	,000
Grupo 2	547353	64,8	(60,5 ; 68,8)		381498	53,9	(49,1 ; 58,6)		928851	59,8	(56,6 ; 62,9)	
Total	2239582	58,9	(56,9 ; 61,0)		1622576	46,8	(44,4 ; 49,1)		3862158	53,1	(51,5 ; 54,7)	

Grupo 1: Inclui trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores para familiares sem pagamento.

Grupo 2: Inclui trabalhadores por conta própria e empregadores.

2. Hipertensão arterial

Quadro Ap2.7: Distribuição, por sexo e grupo etário, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com hipertensão arterial, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Grupo etário	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				,000				,000				,000
15-24	4532	0,7	(0,2 ; 2,6)		7144	1,1	(0,5 ; 2,7)		11676	0,9	(0,4 ; 1,9)	
25-44	121445	7,6	(5,7 ; 10,0)		156201	9,7	(7,8 ; 12,0)		277646	8,7	(7,3 ; 10,3)	
45-64	357160	28,9	(25,6 ; 32,4)		500044	37,2	(33,7 ; 40,8)		857204	33,2	(30,7 ; 35,7)	
65-74	215408	47,4	(42,0 ; 52,7)		316714	56,3	(51,7 ; 60,8)		532122	52,3	(48,8 ; 55,8)	
75+	132700	44,5	(37,8 ; 51,4)		255402	52,7	(46,4 ; 58,9)		388102	49,6	(44,9 ; 54,3)	
Total	831245	19,5	(17,9 ; 21,3)		1235505	26,6	(24,7 ; 28,7)		2066750	23,2	(21,9 ; 24,6)	

Quadro Ap2.8: Distribuição por sexo e estado civil de facto das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com hipertensão arterial, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Estado civil	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				,000				,000				,000
Solteiro	36751	2,9	(1,9 ; 4,3)		82176	7,6	(5,6 ; 10,3)		118927	5,1	(4,0 ; 6,5)	
Casado / Junto	723872	26,2	(23,9 ; 28,7)		787794	28,6	(26,2 ; 31,2)		1511666	27,4	(25,8 ; 29,2)	
Separado / Divorciado	22396	17,4	(11,1 ; 26,2)		82945	30,3	(23,2 ; 38,5)		105341	26,2	(20,8 ; 32,3)	
Viúvo	48226	48,0	(35,8 ; 60,5)		282591	52,2	(46,4 ; 57,9)		330817	51,5	(46,2 ; 56,8)	
Total	831245	19,5	(17,9 ; 21,3)		1235506	26,6	(24,7 ; 28,7)		2066751	23,2	(21,9 ; 24,6)	

Quadro Ap2.9: Distribuição, por sexo e nível de ensino máximo alcançado, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos e hipertensão residentes em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Nível de Ensino	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
Nenhum	113185	36,0	(29,7 ; 42,9)	,000	365578	51,3	(46,3 ; 56,2)	,000	478763	46,6	(42,6 ; 50,7)	,000
1º Ciclo	401687	29,5	(26,5 ; 32,7)		581323	39,7	(36,3 ; 43,2)		983010	34,8	(32,5 ; 37,2)	
2º e 3º Ciclo	186504	13,1	(10,5 ; 16,1)		187792	15,2	(12,3 ; 18,6)		374296	14,1	(12,1 ; 16,3)	
Secundário	63151	9,8	(6,8 ; 14,0)		46612	7,4	(5,0 ; 10,9)		109763	8,6	(6,6 ; 11,2)	
Superior	66718	13,2	(9,5 ; 17,9)		54200	9,0	(6,1 ; 13,1)		120918	10,9	(8,5 ; 13,9)	
Total	831245	19,6	(17,9 ; 21,3)		1235505	26,6	(24,7 ; 28,7)		2066750	23,2	(22,0 ; 24,6)	

Quadro Ap2.10: Distribuição por sexo e ocupação principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com hipertensão arterial, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Ocupação principal	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
Activo (1)	389689	13,9	(12,2 ; 15,8)	,000	676203	22,3	(20,2 ; 24,5)	,000	1065892	18,3	(16,9 ; 19,7)	,000
Desempregado	37474	16,3	(10,6 ; 24,4)		54641	21,0	(14,0 ; 30,2)		92115	18,8	(14,0 ; 24,8)	
Reformado (2)	397460	45,3	(41,2 ; 49,6)		493807	52,3	(48,1 ; 56,5)		891267	49,0	(46,0 ; 52,0)	
Estudante (3)	1677	0,5	(0,1 ; 3,5)		2549	0,7	(0,2 ; 2,7)		4226	0,6	(0,2 ; 1,9)	
Outras situações	4627	22,7	(7,6 ; 51,1)		4242	18,7	(6,1 ; 44,7)		8870	20,6	(9,6 ; 38,8)	
Total	830928	19,5	(17,9 ; 21,3)		1231442	26,6	(24,7 ; 28,7)		2062370	23,2	(21,9 ; 24,6)	

(1) Inclui donas de casa

(2) Inclui pessoas reformadas ou permanentemente incapacitadas

(3) Inclui estagiários não remunerados

Quadro Ap2.11: Distribuição por sexo e profissão principal agrupada, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com hipertensão arterial, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				,104				,000				,000
Grupo 1	144193	21,3	(17,3 ; 26,0)		88897	18,4	(13,3 ; 24,9)		233090	20,1	(16,9 ; 23,9)	
Grupo 2	169648	18,4	(15,1 ; 22,2)		252854	18,4	(15,7 ; 21,3)		422502	18,4	(16,3 ; 20,7)	
Grupo 3	442751	23,5	(21,0 ; 26,2)		372928	36,8	(32,5 ; 41,2)		815679	28,1	(25,9 ; 30,5)	
Grupo 4	72571	18,7	(14,1 ; 24,3)		224525	34,8	(29,7 ; 40,1)		297096	28,7	(25,1 ; 32,6)	
Total	829163	21,4	(19,7 ; 23,3)		939204	26,7	(24,5 ; 29,0)		1768367	23,9	(22,5 ; 25,4)	

Grupo 1: Inclui Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas; Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas e Militares de profissão.

Grupo 2: Inclui Profissões Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo e Similares e Pessoal dos Serviços e Vendedores.

Grupo 3: Inclui Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas, Operários, Artífices e Trabalhadores similares e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.

Grupo 4: Trabalhadores não qualificados

Quadro Ap2.12: Distribuição, por sexo e situação na profissão principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com hipertensão arterial, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				,016				,000				,000
Grupo 1	611709	20,4	(18,3 ; 22,6)		663844	23,8	(21,5 ; 26,2)		1275553	22,0	(20,5 ; 23,6)	
Grupo 2	217454	25,4	(22,1 ; 29,0)		275617	38,3	(33,5 ; 43,3)		493071	31,3	(28,4 ; 34,3)	
Total	829163	21,5	(19,7 ; 23,3)		939461	26,7	(24,6 ; 29,0)		1768624	24,0	(22,6 ; 25,4)	

Grupo 1: Inclui trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores para familiares sem pagamento.

Grupo 2: Inclui trabalhadores por conta própria e empregadores.

3. Diabetes

Quadro Ap2.13: Distribuição, por sexo e grupo etário, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com diabetes, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Grupo etário	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				,000				,000				,000
15-24	6005	0,9	(0,3 ; 2,8)		8747	1,4	(0,5 ; 4,0)		14752	1,1	(0,5 ; 2,5)	
25-44	15136	0,9	(0,4 ; 2,0)		60781	3,8	(2,6 ; 5,5)		75917	2,4	(1,7 ; 3,3)	
45-64	127276	10,3	(8,3 ; 12,6)		170435	12,7	(10,4 ; 15,3)		297711	11,5	(10,0 ; 13,3)	
65-74	86753	19,2	(14,9 ; 24,3)		109138	19,4	(15,9 ; 23,5)		195891	19,3	(16,5 ; 22,5)	
75+	51217	17,2	(13,0 ; 22,4)		79111	16,3	(12,7 ; 20,7)		130328	16,6	(13,8 ; 19,9)	
Total	286387	6,7	(5,8 ; 7,7)		428212	9,2	(8,2 ; 10,4)		714599	8,0	(7,3 ; 8,8)	

Quadro Ap2.14: Distribuição por sexo e estado civil de facto das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com diabetes, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Estado civil	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				,000				,000				,000
Solteiro	20167	1,6	(0,9 ; 2,9)		36996	3,4	(2,1 ; 5,6)		57163	2,4	(1,6 ; 3,6)	
Casado / Junto	244816	8,9	(7,6 ; 10,4)		256002	9,3	(8,0 ; 10,9)		500818	9,1	(8,1 ; 10,1)	
Separado / Divorciado	6739	5,2	(2,5 ; 10,7)		26760	9,8	(6,0 ; 15,6)		33499	8,3	(5,4 ; 12,5)	
Viúvo	14666	14,6	(8,5 ; 24,0)		108453	20,0	(16,2 ; 24,5)		123119	19,2	(15,7 ; 23,2)	
Total	286387	6,7	(5,8 ; 7,7)		428212	9,2	(8,2 ; 10,4)		714599	8,0	(7,3 ; 8,8)	

Quadro Ap2.14: Distribuição, por sexo e nível de ensino máximo alcançado, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos e diabetes residentes em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Nível de Ensino	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
Nenhum	44516	14,3	(10,3 ; 19,5)	,000	137714	19,3	(16,1 ; 22,9)	,000	182230	17,8	(15,2 ; 20,7)	,000
1º Ciclo	150544	11,0	(9,2 ; 13,1)		190964	13,0	(11,0 ; 15,4)		341508	12,1	(10,7 ; 13,6)	
2º e 3º Ciclo	51306	3,6	(2,5 ; 5,2)		77797	6,3	(4,7 ; 8,4)		129103	4,8	(3,8 ; 6,1)	
Secundário	20225	3,2	(1,7 ; 5,8)		9436	1,5	(0,5 ; 4,1)		29661	2,3	(1,4 ; 3,9)	
Superior	19796	3,9	(2,1 ; 7,1)		12301	2,0	(0,9 ; 4,7)		32097	2,9	(1,7 ; 4,8)	
Total	286387	6,7	(5,8 ; 7,8)		428212	9,2	(8,2 ; 10,4)		714599	8,0	(7,3 ; 8,8)	

Quadro Ap2.15: Distribuição por sexo e ocupação principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com diabetes, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Ocupação principal	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
Activo (1)	108621	3,9	(3,0 ; 5,0)	,000	218010	7,2	(6,0 ; 8,5)	,000	326631	5,6	(4,8 ; 6,4)	,000
Desempregado	19676	8,6	(4,6 ; 15,3)		19337	7,4	(4,1 ; 13,2)		39014	8,0	(5,2 ; 12,0)	
Reformado (2)	153047	17,5	(14,5 ; 21,0)		177771	18,8	(15,9 ; 22,1)		330818	18,2	(16,1 ; 20,5)	
Estudante (3)	4878	1,5	(0,4 ; 5,8)		8747	2,4	(0,8 ; 7,1)		13624	2,0	(0,8 ; 4,6)	
Outras situações	165	0,8	(0,1 ; 5,9)		2239	9,9	(1,6 ; 42,6)		2404	5,6	(1,0 ; 25,3)	
Total	286387	6,7	(5,8 ; 7,8)		426104	9,2	(8,2 ; 10,4)		712491	8,0	(7,3 ; 8,8)	

(1) Inclui donas de casa

(2) Inclui pessoas reformadas ou permanentemente incapacitadas

(3) Inclui estagiários não remunerados

XVIII

Distribuição conjunta de determinantes de saúde

Quadro Ap2.16: Distribuição por sexo e profissão principal agrupada, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com diabetes, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
Grupo 1	45252	6,7	(4,4 ; 10,2)	,369	26445	5,5	(3,3 ; 9,1)	,000	71697	6,2	(4,4 ; 8,6)	,000
Grupo 2	56464	6,1	(4,4 ; 8,4)		82793	6,0	(4,5 ; 7,9)		139257	6,1	(4,9 ; 7,5)	
Grupo 3	155815	8,3	(6,9 ; 9,9)		121314	12,0	(9,6 ; 14,7)		277129	9,5	(8,3 ; 11,0)	
Grupo 4	23813	6,2	(3,7 ; 10,0)		101143	15,7	(12,2 ; 19,9)		124956	12,1	(9,6 ; 15,1)	
Total	281344	7,3	(6,3 ; 8,4)		331695	9,4	(8,2 ; 10,8)		613040	8,3	(7,5 ; 9,2)	

Grupo 1: Inclui Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas; Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas e Militares de profissão.

Grupo 2: Inclui Profissões Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo e Similares e Pessoal dos Serviços e Vendedores.

Grupo 3: Inclui Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas, Operários, Artífices e Trabalhadores similares e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.

Grupo 4: Trabalhadores não qualificados

Quadro Ap2.17: Distribuição, por sexo e situação na profissão principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas diabéticas, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
Grupo 1	211285	7,0	(5,9 ; 8,3)	,358	243571	8,7	(7,4 ; 10,3)	,027	454856	7,8	(7,0 ; 8,8)	,029
Grupo 2	70060	8,2	(6,3 ; 10,6)		87915	12,2	(9,5 ; 15,6)		157975	10,0	(8,3 ; 12,0)	
Total	281345	7,3	(6,3 ; 8,4)		331486	9,4	(8,2 ; 10,8)		612831	8,3	(7,5 ; 9,2)	

Grupo 1: Inclui trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores para familiares sem pagamento.

Grupo 2: Inclui trabalhadores por conta própria e empregadores.

4. Provável sofrimento psicológico

Quadro Ap2.18: Distribuição, por sexo e grupo etário, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com provável sofrimento psicológico, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Grupo etário	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				,000				,000				,000
15-24	18865	8,4	(4,2 ; 15,9)		81209	21,7	(15,6 ; 29,4)		100074	16,7	(12,4 ; 22,2)	
25-44	98236	11,6	(8,6 ; 15,5)		360437	28,9	(25,1 ; 33,1)		458673	21,9	(19,2 ; 24,9)	
45-64	168925	21,0	(16,9 ; 25,7)		491445	43,6	(39,6 ; 47,7)		660370	34,2	(31,2 ; 37,3)	
65-74	101166	27,6	(22,5 ; 33,3)		262330	53,5	(48,3 ; 58,5)		363496	42,4	(38,6 ; 46,3)	
75+	65818	27,1	(21,2 ; 33,9)		186767	49,5	(42,6 ; 56,4)		252586	40,7	(35,8 ; 45,8)	
Total	453010	18,2	(15,8 ; 20,9)		1382188	38,2	(35,8 ; 40,7)		1835199	30,1	(28,3 ; 31,9)	

Quadro Ap2.19: Distribuição por sexo e estado civil de facto das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com provável sofrimento psicológico, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Estado civil	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				,000				,000				,000
Solteiro	44478	9,6	(6,5 ; 14,0)		170294	27,5	(22,1 ; 33,7)		214772	19,9	(16,3 ; 23,9)	
Casado / Junto	349043	18,9	(16,0 ; 22,1)		851690	36,9	(34,1 ; 39,8)		1200733	28,9	(26,8 ; 31,0)	
Separado / Divorciado	26159	29,1	(18,5 ; 42,7)		87365	37,8	(29,5 ; 46,8)		113524	35,4	(28,5 ; 42,8)	
Viúvo	33330	39,2	(26,6 ; 53,3)		272839	59,6	(53,8 ; 65,1)		306169	56,4	(51,0 ; 61,6)	
Total	453010	18,2	(15,8 ; 20,9)		1382188	38,2	(35,8 ; 40,7)		1711598	30,1	(28,3 ; 31,9)	

Quadro Ap2.20: Distribuição, por sexo e nível de ensino máximo alcançado, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos e provável sofrimento psicológico residentes em Portugal em 2005/2006.												
Estimativas na população do Número (N), proporção (%) e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%)												
	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Nível de Ensino	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				,000				,000				,000
Nenhum	74084	34,0	(27,0 ; 41,9)		314190	52,7	(47,4 ; 58,1)		388274	47,7	(43,3 ; 52,2)	
1º Ciclo	201033	22,4	(18,7 ; 26,7)		578969	47,2	(43,4 ; 50,9)		780002	36,7	(33,9 ; 39,6)	
2º e 3º Ciclo	111486	15,0	(11,3 ; 19,5)		295116	30,6	(26,3 ; 35,3)		406602	23,8	(20,7 ; 27,1)	
Secundário	37874	11,6	(7,2 ; 18,2)		116703	27,2	(21,0 ; 34,3)		154577	20,5	(16,3 ; 25,5)	
Superior	28533	9,5	(5,1 ; 17,0)		77210	19,4	(13,7 ; 26,9)		105743	15,1	(11,1 ; 20,3)	
Total	453010	18,2	(15,8 ; 20,9)		1382188	38,2	(35,8 ; 40,7)		1835198	30,1	(28,3 ; 31,9)	

Quadro Ap2.21: Distribuição por sexo e ocupação principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com provável sofrimento psicológico, em Portugal em 2005/2006.												
Estimativas na população do Número (N), proporção (%) e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%)												
	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Ocupação principal	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
				,000				,000				,000
Activo (1)	202419	13,2	(10,6 ; 16,3)		851674	35,7	(32,8 ; 38,7)		1054093	26,9	(24,8 ; 29,1)	
Desempregado	29720	23,4	(14,2 ; 36,0)		80745	38,6	(29,4 ; 48,8)		110465	32,9	(25,8 ; 40,8)	
Reformado (2)	208903	30,4	(26,0 ; 35,3)		409602	51,8	(47,4 ; 56,2)		618505	41,9	(38,7 ; 45,1)	
Estudante (3)	7150	5,7	(1,9 ; 15,7)		30383	15,6	(9,4 ; 24,9)		37533	11,7	(7,4 ; 18,2)	
Outras situações	4654	37,3	(11,5 ; 73,1)		7353	35,8	(15,1 ; 63,7)		12007	36,4	(18,6 ; 58,9)	
Total	452846	18,2	(15,8 ; 20,9)		1379758	38,3	(35,9 ; 40,8)		1832603	30,1	(28,3 ; 32,0)	

(1) Inclui donas de casa

(2) Inclui pessoas reformadas ou permanentemente incapacitadas

(3) Inclui estagiários não remunerados

Quadro Ap2.22: Distribuição por sexo e profissão principal agrupada, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com provável sofrimento psicológico, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
Grupo 1	49674	11,5	(7,7 ; 16,8)	,001	87797	24,4	(19,1; 30,7)	,000	137471	17,4	(14,0 ; 21,4)	,000
Grupo 2	86116	15,3	(11,6 ; 19,9)		334694	31,7	(27,6 ; 36,2)		420810	26,0	(22,9 ; 29,4)	
Grupo 3	248870	22,0	(18,6 ; 25,9)		416209	47,0	(42,9 ; 51,3)		665079	33,0	(30,2 ; 36,0)	
Grupo 4	52583	24,5	(16,9 ; 33,9)		237021	44,7	(38,8 ; 50,8)		289604	38,9	(34,0 ; 44,0)	
Total	437243	18,7	(16,2 ; 21,4)		1075721	38,0	(35,3; 40,8)		1512964	29,3	(27,4 ; 31,2)	

Grupo 1: Inclui Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas; Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas e Militares de profissão.

Grupo 2: Inclui Profissões Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo e Similares e Pessoal dos Serviços e Vendedores.

Grupo 3: Inclui Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas, Operários, Artífices e Trabalhadores similares e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.

Grupo 4: Trabalhadores não qualificados

Quadro Ap2.23: Distribuição, por sexo e situação na profissão principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com provável sofrimento psicológico, em Portugal em 2005/2006.

Estimativas na população do Número (N), proporção (%) e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%)												
	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
Grupo 1	324044	18,2	(15,5 ; 21,1)	,432	785486	35,7	(32,7 ; 38,7)	,000	1109530	27,8	(25,7 ; 30,0)	,003
Grupo 2	111241	20,1	(15,8 ; 25,2)		286457	46,3	(41,1 ; 51,5)		397698	33,9	(30,2 ; 37,8)	
Total	435285	18,6	(16,1 ; 21,4)		1071943	38,0	(35,3 ; 40,7)		1507228	29,2	(27,3 ; 31,2)	

Grupo 1: Inclui trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores para familiares sem pagamento.

Grupo 2: Inclui trabalhadores por conta própria e empregadores.

5. Hipercolesterolemia

Quadro Ap2.24: Distribuição, por sexo e grupo etário, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com hipercolesterolemia, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Grupo etário	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
15-24	0			,000	545	0,2	(0,0 ; 0,9)	,000	545	0,1	(0,0 ; 0,6)	,000
25-44	57095	13,5	(8,8 ; 20,3)		27666	2,7	(1,5 ; 4,7)		84761	5,9	(4,1 ; 8,2)	
45-64	208623	31,7	(27,3 ; 36,5)		244331	23,5	(20,1 ; 27,2)		452954	26,7	(23,9 ; 29,6)	
65-74	124651	34,5	(28,2 ; 41,3)		191456	38,1	(33,3 ; 43,1)		316108	36,6	(32,7 ; 40,6)	
75+	60350	23,5	(18,0 ; 30,1)		116247	26,3	(21,2 ; 32,0)		176597	25,3	(21,4 ; 29,6)	
Total	450719	24,9	(22,3 ; 27,7)		580246	17,6	(15,8 ; 19,5)		1030965	20,2	(18,7 ; 21,8)	

Quadro Ap2.25: Distribuição por sexo e estado civil de facto das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com hipercolesterolemia, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Estado civil	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
Solteiro	21635	7,8	(3,8 ; 15,4)	,000	30983	5,8	(3,7 ; 8,9)	,000	52618	6,5	(4,3 ; 9,5)	,000
Casado / Junto	392399	28,2	(25,0 ; 31,6)		379728	18,2	(15,9 ; 20,7)		772127	22,2	(20,3 ; 24,2)	
Separado / Divorciado	10953	18,5	(9,3 ; 33,5)		25422	13,3	(8,2 ; 20,7)		36375	14,5	(9,8 ; 20,9)	
Viúvo	25732	32,3	(20,6 ; 46,8)		144112	29,7	(24,9 ; 35,1)		169844	30,1	(25,5 ; 35,1)	
Total	450719	24,9	(22,3 ; 27,7)		580245	17,6	(15,8 ; 19,5)		1030964	20,2	(18,7 ; 21,8)	

Quadro Ap2.26: Distribuição, por sexo e nível de ensino máximo alcançado, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%) de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos e hipercolesterolemia residentes em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Nível de Ensino	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
Nenhum	52474	23,1	(17,1 ; 30,4)	,007	194781	31,4	(26,8 ; 36,4)	,000	247255	29,1	(25,3 ; 33,3)	,000
1º Ciclo	247296	31,4	(27,2 ; 35,8)		291735	25,1	(22,1 ; 28,4)		539031	27,7	(25,1 ; 30,3)	
2º e 3º Ciclo	82519	18,2	(13,5 ; 24,2)		51130	6,3	(4,3 ; 9,1)		133649	10,5	(8,3 ; 13,3)	
Secundário	31912	20,1	(12,3 ; 30,9)		20489	6,1	(3,2 ; 11,3)		52401	10,6	(7,1 ; 15,5)	
Superior	36517	20,4	(12,0 ; 32,6)		22111	6,1	(3,2 ; 11,0)		58628	10,8	(7,0 ; 16,2)	
Total	450718	25,0	(22,4 ; 27,7)		580246	17,6	(15,8 ; 19,5)		1030964	20,2	(18,7 ; 21,8)	

Quadro Ap2.27: Distribuição por sexo e ocupação principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com hipercolesterolemia, em Portugal em 2005/2006.

Estimativas na população do Número (N), proporção (%) e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%)												
	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Ocupação principal	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p	N	%	(IC 95%)	p
Activo (1)	222242	23,1	(19,4 ; 27,2)	,013	284954	13,5	(11,6 ; 15,7)	,000	507196	16,5	(14,7 ; 18,5)	,000
Desempregado	21031	24,9	(14,6 ; 39,0)		11036	6,2	(2,7 ; 13,4)		32067	12,2	(7,7 ; 18,7)	
Reformado (2)	205339	29,1	(25,0 ; 33,5)		281349	33,2	(29,5 ; 37,2)		486688	31,3	(28,5 ; 34,3)	
Estudante (3)	0				1836	1,3	(0,2 ; 7,4)		1836	1,0	(0,2 ; 5,6)	
Outras situações	1976	21,8	(3,6 ; 67,5)		1071	8,0	(1,7 ; 30,0)		3047	13,6	(3,9 ; 37,6)	
Total	450588	24,9	(22,3 ; 27,7)		580246	17,6	(15,8 ; 19,6)		103084	20,2	(18,7 ; 21,8)	

(1) Inclui donas de casa

(2) Inclui pessoas reformadas ou permanentemente incapacitadas

(3) Inclui estagiários não remunerados

Quadro Ap2.28: Distribuição por sexo e profissão principal agrupada, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com hipercolesterolemia, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
Grupo 1	77609	25,6	(18,9 ; 33,6)	,377	41691	12,9	(8,4 ; 19,2)	,000	119300	19,0	(14,8 ; 24,0)	,000
Grupo 2	95814	26,0	(20,9 ; 31,9)		106813	11,5	(9,0 ; 14,6)		202627	15,6	(13,2 ; 18,4)	
Grupo 3	248880	27,4	(23,6 ; 31,6)		185111	21,9	(17,8 ; 26,7)		433991	24,8	(21,9 ; 27,9)	
Grupo 4	28416	18,2	(11,3 ; 28,1)		110085	24,0	(19,0 ; 29,8)		138501	22,5	(18,3 ; 27,4)	
Total	450719	26,0	(23,3 ; 28,9)		443700	17,3	(15,3 ; 19,6)		894419	20,8	(19,2 ; 22,6)	

Grupo 1: Inclui Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas; Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas e Militares de profissão.

Grupo 2: Inclui Profissões Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo e Similares e Pessoal dos Serviços e Vendedores.

Grupo 3: Inclui Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas, Operários, Artífices e Trabalhadores similares e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.

Grupo 4: Trabalhadores não qualificados

Quadro Ap2.29: Distribuição, por sexo e situação na profissão principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%), de pessoas com hipercolesterolemia, em Portugal em 2005/2006.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino				Ambos os sexos			
Profissão principal	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>	N	%	(IC 95%)	<i>p</i>
Grupo 1	324078	25,6	(22,5 ; 28,9)	,528	288330	14,6	(12,6 ; 16,9)	,000	612408	18,9	(17,1 ; 20,8)	,000
Grupo 2	126284	27,4	(22,6 ; 32,9)		155411	27,1	(22,4 ; 32,5)		281695	27,3	(23,8 ; 31,1)	
Total	450362	26,1	(23,4 ; 29,0)		443741	17,4	(15,4 ; 19,6)		894103	20,9	(19,2 ; 22,7)	

Grupo 1: Inclui trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores para familiares sem pagamento.

Grupo 2: Inclui trabalhadores por conta própria e empregadores.

Apêndice 3: Distribuição da população segundo o número de doenças crónicas e variáveis demográficas e sociais no Inquérito Nacional de Saúde

2005/2006

Número de doenças crónicas no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

Quadro Ap3.1: Distribuição, por sexo e grupo etário, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e respectivo Intervalo de 95% de Confiança (IC95%) de pessoas segundo o número de doenças crónicas referidas no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.								
Nº de doenças auto-reportadas								
Sexo Masculino								
	0	1	2	3	4	5		
Grupo etário	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	p
15 -24	504154 75,5 (70,0; 80,3)	156427 23,4 (18,7; 28,9)	6795 1,0 (0,4 ; 2,8)	0	0	0		,000
25-44	644130 40,3 (36,5; 44,1)	789440 49,3 (45,3; 53,4)	129047 8,1 (6,1; 10,6)	36640 2,3 (1,3 ; 4,0)	895 0,1 (0,0 ; 0,2)	0		
45-64	241933 19,5 (16,9; 22,4)	520775 42,0 (38,6; 45,5)	294300 23,7 (20,7; 27,0)	130570 10,5 (8,4 ; 13,1)	47499 3,8 (2,6 ; 5,5)	5366 0,4 (0,2 ; 1,2)		
65-74	59222 13,0 (9,7 ; 17,3)	135403 29,8 (25,4; 34,5)	133129 29,3 (24,1; 35,1)	91576 20,1 (15,9; 25,2)	30477 6,7 (4,3 ; 10,3)	5068 0,7 (0,2; 2,9)		
75+	54499 18,3 (13,6; 24,1)	88290 29,6 (24,5; 35,4)	96635 32,4 (27,0; 38,3)	46585 15,6 (11,2; 21,3)	9883 3,3 (1,7 ; 6,5)	2191 0,3 (0,1; 0,6)		
Total	1503938 35,3 (33,2; 37,5)	1690335 39,7 (37,6; 41,8)	659906 15,5 (14,0; 17,1)	305371 7,2 (6,2 ; 8,3)	88754 2,1 (1,6 ; 2,7)	2625 0,7 (0,2 ; 2,9)		
Sexo Feminino								
	0	1	2	3	4	5		
Grupo etário	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	p
15-24	478500 74,4 (68,5;79,6)	148890 23,2 (18,2; 28,9)	14020 2,2 (1,0; 4,8)	1532 0,2 (0,0 ; 1,7)	0	0		,000
25-44	731712 45,5 (41,9; 49,2)	608088 37,8 (34,4; 41,5)	226049 14,1 (11,5; 17,1)	38345 2,4 (1,5 ; 3,7)	2618 0,2 (0,0 ; 0,6)	0		
45-64	214704 16,0 (13,5; 18,7)	451783 33,6 (30,3; 37,0)	366403 27,2 (24,4; 30,3)	206361 15,3 (13,0; 18,0)	87394 6,5 (4,8 ; 8,7)	18940 1,4 (0,7 ; 2,6)		
65-74	57814 10,3 (7,9 ; 13,3)	113972 20,3 (16,7 ; 24,4)	163831 29,1 (24,7 ; 34,0)	134585 23,9 (20,0 ; 28,3)	74317 13,2 (9,9 ; 17,5)	18095 3,2 (1,8; 5,6)		
75+	88861 18,3 (14,4 ; 23,1)	114908 23,7 (19,5 ; 28,5)	143812 29,7 (24,7; 35,2)	95649 19,7 (15,6 ; 24,6)	37214 7,7 (5,1 ; 11,3)	4322 0,9 (0,3 ; 2,8)		
Total	1571591 33,9 (31,8 ; 36,0)	1437641 31,0 (29,1; 32,9)	914115 19,7 (18,2; 21,2)	476472 10,3 (9,1 ; 11,5)	201543 4,3 (3,6 ; 5,3)	41357 0,9 (0,6; 1,4 9)		
Ambos os sexos								
	0	1	2	3	4	5		
Grupo etário	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	p
15-24	982655 75,0 (71,0;78,6)	305316 23,3 (19,8 ; 27,2)	20814 1,6 (0,8 ; 3,0)	1532 0,1 (0,0; 0,8)	0	0		,000
25-44	1375842 42,9 (40,3; 45,6)	1397528 43,6 (40,9 ; 46,3)	355095 11,1 (9,4;13,0)	74985 2,3 (1,6 ; 3,3)	3513 0,1 (0,0 ; 0,3)	0		
45-64	456637 17,7 (15,8; 19,6)	972558 37,6 (35,2; 40,0)	660703 25,5 (23,5; 27,8)	336930 13,0 (11,4; 14,9)	134893 5,2 (4,1 ; 6,6)	24306 0,9 (0,5 ; 1,6)		
65-74	117036 11,5 (9,4 ; 14,0)	249374 24,5 (21,6 ; 27,6)	296960 29,2 (25,8 ; 32,9)	226162 22,2 (19,3; 25,5)	104794 10,3 (8,1; 13,1)	23163 2,3 (1,4; 3,7)		
75+	143360 18,3 (25,2;21,9)	203198 26,0 (22,6; 29,6)	240447 30,7 (27,0; 34,7)	142233 18,2 (15,0;21,8)	47096 6,0 (4,2 ; 8,5)	6512 0,8 (0,3 ; 2,0)		
Total	3075530 34,5 (33,0; 36,1)	3127974 35,1 (33,7; 36,6)	1574019 17,7 (16,6; 18,8)	781843 8,8 (8,0; 9,6)	290296 3,3 (2,8; 3,8)	53981 0,6 (0,4 ; 0,9)		

XXVIII

Distribuição conjunta de determinantes de saúde

Quadro Ap3.2: Distribuição, por sexo e estado civil, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e respectivo Intervalo de 95% de Confiança (IC95%) de pessoas segundo o número de doenças crónicas referidas no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Nº de doenças referidas							
Sexo Masculino							
	0	1	2	3	4	5	
	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	p
Estado civil	%	%	%	%	%	%	
Solteiro	799082 62,9 (58,5; 67,0)	420193 33,1 (28,9; 37,5)	37916 3,0 (1,9; 4,7)	12259 1,0 (0,4; 2,2)	1406 0,1 (0,0; 0,4)	0	,000
Casado / Junto	654528 23,7 (21,5; 26,1)	1183450 42,9 (40,5; 45,3)	573082 20,8 (18,7; 23,0)	261032 9,5 (8,1; 11,1)	77210 2,8 (2,1; 3,7)	10520 0,4 (0,2; 0,8)	
Separado / Divorciado	36970 28,5 (19,2; 40,0)	64180 49,4 (38,4; 60,5)	14804 11,4 (6,7; 18,7)	10109 7,8 (3,7; 15,5)	3640 2,8 (0,8; 9,1)	128 0,1 (0,0; 0,7)	
Viúvo	13359 13,3 (7,4; 22,8)	22511 22,4 (14,9; 32,3)	34104 34,0 (24,0; 45,5)	21971 21,9 (13,2; 34,1)	6498 6,5 (2,6; 15,3)	1976 2,0 (0,5; 7,2)	
Total	1503939 35,3 (33,2; 37,5)	1690334 39,7 (37,6; 41,8)	659906 15,5 (14,0; 17,1)	305371 7,2 (6,2; 8,3)	88754 2,1 (1,6; 2,7)	12624 0,3 (0,1; 0,6)	
Sexo Feminino							
	0	1	2	3	4	5	
	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	p
Estado civil	%	%	%	%	%	%	
Solteiro	681211 63,3 (58,5; 67,8)	295906 27,5 (23,4; 32,1)	66840 6,2 (4,3; 8,9)	21818 2,0 (1,1; 3,6)	10234 1,0 (0,4; 2,2)	180 0,0 (0,0; 0,1)	,000
Casado / Junto	725695 26,4 (24,0; 28,9)	960453 34,9 (32,4; 37,5)	620650 22,6 (20,5; 24,8)	304317 11,1 (9,6; 12,7)	119071 4,3 (3,4; 5,6)	20823 0,8 (0,4; 1,4)	
Separado / Divorciado	84437 30,8 (23,6; 39,2)	85188 31,1 (24,4; 38,7)	52890 19,3 (13,6; 26,7)	44048 16,1 (10,9; 23,1)	7360 2,7 (1,1; 6,4)	0	
Viúvo	80248 14,8 (11,3; 19,2)	96094 17,7 (14,1; 22,1)	173735 32,1 (27,2; 37,4)	106289 19,6 (15,8; 24,1)	64877 12,0 (9,0; 15,8)	20353 3,8 (2,2; 6,5)	
Total	1571591 33,9 (31,8; 36,0)	1437641 31,0 (29,1; 32,9)	914115 19,7 (18,2; 21,2)	476472 10,3 (9,1; 11,5)	201542 4,3 (3,6; 5,3)	41356 0,9 (0,6; 1,4)	
Ambos os sexos							
	0	1	2	3	4	5	
	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	p
Estado civil	%	%	%	%	%	%	
Solteiro	1480293 63,1 (59,9; 66,2)	716099 30,5 (27,5; 33,7)	104756 4,5 (3,3; 5,9)	34077 1,5 (0,9; 2,3)	11640 0,5 (0,2; 1,1)	180 0,0 (0,0; 0,1)	,000
Casado / Junto	1380223 25,0 (23,4; 26,7)	2143903 38,9 (37,2; 40,7)	1193732 21,7 (20,2; 23,2)	565349 10,3 (9,2; 11,4)	196281 3,6 (2,9; 4,3)	31343 0,6 (0,3; 0,9)	
Separado / Divorciado	121406 30,1 (24,2; 36,7)	149368 37,0 (31,0; 43,4)	67694 16,8 (12,5; 22,2)	54157 13,4 (9,5; 18,5)	11000 2,7 (1,3; 5,5)	128 0,0 (0,0; 0,2)	
Viúvo	93608 14,6 (11,4; 18,4)	118605 18,5 (15,1; 22,4)	207839 32,4 (27,9; 37,2)	128260 20,0 (16,4; 24,1)	71375 11,1 (8,5; 14,5)	22329 3,5 (2,1; 5,8)	
Total	3075530 34,5 (33,0; 36,1)	3127975 35,1 (33,7; 36,6)	1574021 17,7 (16,6; 18,8)	781843 8,8 (8,0; 9,6)	290296 3,3 (2,8; 3,8)	53980 0,6 (0,4; 0,9)	

Quadro Ap3.3: Distribuição, por sexo e nível de ensino, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e respectivo Intervalo de 95% de Confiança (IC95%) de pessoas segundo o número de doenças crónicas referidas no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Nº de doenças referidas							
Sexo Masculino							
	0	1	2	3	4	5	
Nível de Ensino	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	<i>p</i>
Nenhum	69895 22,2 (16,9; 28,5)	92707 29,4 (23,5; 36,2)	97443 30,9 (24,9; 37,7)	38281 12,2 (8,3; 17,4)	14283 4,5 (2,4; 8,3)	2420 0,8 (0,2; 2,4)	,000
1º Ciclo	269090 19,7 (17,0; 22,8)	585886 42,9 (39,6; 46,3)	270914 19,9 (17,1; 22,9)	169582 12,4 (10,3; 14,9)	59494 4,4 (3,2; 6,0)	9336 0,7 (0,3; 1,5)	
2º e 3º Ciclo	618677 43,4 (39,7; 47,1)	564078 39,6 (35,7; 43,5)	179420 12,6 (9,9; 15,8)	57915 4,1 (2,8; 5,8)	5346 0,4 (0,1; 1,0)	735 0,1 (0,0; 0,4)	
Secundário	330125 51,5 (45,0; 57,9)	226672 35,3 (29,4; 41,8)	58155 9,1 (6,1; 13,3)	23065 3,6 (1,9; 6,6)	3280 0,5 (0,1; 3,1)	0	
Superior	213087 42,0 (35,6; 48,7)	217159 42,8 (36,1; 49,8)	53972 10,6 (7,4; 15,1)	16527 3,3 (1,6; 6,4)	6352 1,3 (0,4; 3,5)	133 0,0 (0,0; 0,2)	
Total	1500875 35,3 (33,2; 37,5)	1686504 39,6 (37,6; 41,8)	659905 15,5 (14,0; 17,1)	305370 7,2 (6,2; 8,3)	88754 2,1 (1,6; 2,7)	12624 0,3 (0,1; 0,6)	
Sexo Feminino							
	0	1	2	3	4	5	
Nível de Ensino	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	<i>p</i>
Nenhum	85632 12,0 (9,5; 15,1)	188371 26,4 (22,6; 30,6)	178139 25,0 (21,2; 29,2)	173458 24,3 (20,5; 28,6)	74082 10,4 (8,1; 13,3)	13472 1,9 (1,0; 3,7)	,000
1º Ciclo	226106 15,4 (13,1; 18,1)	459667 31,4 (28,3; 34,7)	411194 28,1 (25,3; 31,0)	233779 16,0 (13,8; 18,4)	107893 7,4 (5,8; 9,3)	25789 1,8 (1,1; 2,9)	
2º e 3º Ciclo	549619 44,5 (40,2; 48,8)	402495 32,6 (28,8; 36,6)	216554 17,5 (14,5; 21,0)	50069 4,1 (2,7; 6,0)	16940 1,4 (0,7; 2,8)	203 0,0 (0,0; 0,1)	
Secundário	353099 56,2 (50,8; 61,5)	196853 31,3 (26,2; 37,0)	66655 10,6 (7,4; 15,0)	11138 1,8 (0,9; 3,6)	265 0,0 (0,0; 0,2)	0	
Superior	357137 59,4 (53,6; 64,9)	190255 31,6 (26,6; 37,2)	41573 6,9 (4,6; 10,3)	8027 1,3 (0,6; 3,0)	2362 0,4 (0,1; 1,9)	1892 0,3 (0,0; 2,2)	
Total	1571592 33,9 (31,8; 36,0)	1437641 31,0 (29,1; 32,9)	914114 19,7 (18,2; 21,2)	476472 10,3 (9,1; 11,5)	201542 4,3 (3,6; 5,3)	41356 0,9 (0,6; 1,4)	
Ambos os sexos							
	0	1	2	3	4	5	
Nível de Ensino	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	N (IC95%)	<i>p</i>
Nenhum	155527 15,1 (12,6; 18,0)	281078 27,3 (24,1; 30,8)	275582 26,8 (23,5; 30,4)	211739 20,6 (17,6; 23,9)	88365 8,6 (6,8; 10,9)	15892 1,5 (0,8; 2,8)	,000
1º Ciclo	495196 17,5 (15,7; 19,5)	1045553 37,0 (34,7; 39,3)	682108 24,1 (22,2; 26,2)	403361 14,3 (12,7; 16,0)	167387 5,9 (4,9; 7,1)	35125 1,2 (0,8; 1,9)	
2º e 3º Ciclo	1168296 43,9 (41,1; 46,7)	966573 36,3 (33,6; 39,1)	395974 14,9 (12,8; 17,2)	107984 4,1 (3,1; 5,3)	22286 0,8 (0,5; 1,5)	938 0,0 (0,0; 0,2)	
Secundário	683224 53,8 (49,6; 58,0)	423525 33,4 (29,4; 37,6)	124810 9,8 (7,5; 12,8)	34203 2,7 (1,7; 4,3)	3545 0,3 (0,1; 1,5)	0	
Superior	570224 51,4 (47,0; 55,9)	407414 36,8 (32,6; 41,2)	95545 8,6 (6,5; 11,3)	24554 2,2 (1,3; 3,8)	8714 0,8 (0,3; 1,9)	2025 0,2 (0,0; 1,1)	
Total	3072467 34,5 (33,0; 36,1)	3124145 35,1 (33,7; 36,5)	1574019 17,7 (16,6; 18,8)	781842 8,8 (8,0; 9,6)	290296 3,3 (2,8; 3,8)	53982 0,6 (0,4; 0,9)	

Quadro Ap3.4: Distribuição, por sexo e ocupação principal, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e respectivo Intervalo de 95% de Confiança (IC95%) de pessoas segundo o número de doenças crónicas referidas no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Nº de doenças referidas							
Sexo Masculino							
	0	1	2	3	4	5	
Ocupação principal	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	p
Activo (1)	1021917 36,5 (33,9; 39,1)	1266570 45,2 (42,5; 47,9)	346400 12,4 (10,7; 14,2)	130461 4,7 (3,7; 5,9)	32842 1,2 (0,8; 1,8)	4221 0,2 (0,1; 0,4)	,000
Desempregado	79947 34,8 (26,8; 43,8)	87945 38,3 (29,5; 47,9)	40741 17,8 (11,3; 26,8)	18552 8,1 (4,6; 13,8)	2340 1,0 (0,2; 5,4)	0	
Reformado (2)	140516 16,0 (13,2; 19,3)	255782 29,1 (25,7; 32,9)	265068 30,2 (26,3; 34,4)	154250 17,6 (14,7; 20,9)	53572 6,1 (4,4; 8,4)	8403 1,0 (0,4; 2,5)	
Estudante (3)	251535 77,3 (70,0; 83,3)	69684 21,4 (15,6; 28,79)	4022 1,2 (0,3; 4,6)	0	0	0	
Outras situações	7615 37,4 (15,7; 65,7)	7451 36,6 (15,9; 63,7)	3322 16,3 (5,1; 41,6)	1976 9,7 (1,7; 40,7)	0	0	
Total	1501531 35,3 (33,2; 37,5)	1687434 39,7 (37,6; 41,8)	659553 15,5 (14,0; 17,1)	305240 7,2 (6,2; 8,3)	88754 2,1 (1,6; 2,7)	12625 0,3 (0,1; 0,6)	
Sexo Feminino							
	0	1	2	3	4	5	
Ocupação principal	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	p
Activo (1)	1065166 35,1 (32,6; 37,7)	1029273 33,9 (31,5; 36,3)	582827 19,2 (17,3; 21,3)	249438 8,2 (7,0; 9,6)	90102 3,0 (2,2; 3,9)	19435 0,6 (0,3; 1,2)	,000
Desempregado	87311 33,5 (25,0; 43,3)	102635 39,4 (30,8; 48,8)	41541 16,0 (10,0; 24,4)	24748 9,5 (5,2; 16,9)	4140 1,6 (0,4; 5,7)	0	
Reformado (2)	118014 12,5 (9,9; 15,7)	220760 23,4 (20,1; 27,0)	281041 29,8 (26,4; 33,3)	197713 20,9 (17,7; 24,6)	104402 11,1 (8,7; 14,0)	21921 2,3 (1,4; 3,9)	
Estudante (3)	290057 79,6 (72,7; 85,2)	68059 18,7 (13,6; 25,2)	4372 1,2 (0,3; 4,1)	1684 0,5 (0,1; 3,2)	0	0	
Outras situações	5363 23,6 (9,1; 48,8)	11298 49,7 (24,9; 74,7)	2178 9,6 (2,1; 34,2)	972 4,3 (0,7; 21,4)	2898 12,8 (2,9; 42,1)	0	
Total	1565912 33,8 (31,7; 36,09)	1432025 30,9 (29,1; 32,9)	911960 19,7 (18,2; 21,3)	474555 10,3 (9,1; 11,5)	201542 4,4 (3,6; 5,3)	41357 0,9 (0,6; 1,4)	
Ambos os sexos							
	0	1	2	3	4	5	
Ocupação principal	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	p
Activo (1)	2087083 35,7 (34,0; 37,6)	2295843 39,3 (37,5; 41,1)	929227 15,9 (14,6; 17,3)	379899 6,5 (5,7; 7,4)	122944 2,1 (1,7; 2,7)	23656 0,4 (0,2; 0,7)	,000
Desempregado	167258 34,1 (28,1; 40,8)	190580 38,9 (32,6; 45,6)	822832 16,8 (12,2; 22,7)	43300 8,8 (5,8; 13,3)	6480 1,3 (0,5; 3,7)	0	
Reformado (2)	258530 14,2 (12,2; 16,4)	476542 26,2 (23,7; 28,7)	546109 30,0 (27,4; 32,7)	351963 19,3 (17,1; 21,8)	157974 8,7 (7,1; 10,5)	30324 1,7 (1,0; 2,7)	
Estudante (3)	541592 78,6 (73,6; 82,8)	137743 20,0 (16,0; 24,7)	8394 1,2 (0,5; 3,0)	1684 0,2 (0,0; 1,7)	0	0	
Outras situações	12978 30,1 (15,8; 49,7)	18749 43,5 (25,8; 63,1)	5500 12,8 (5,1; 28,5)	2948 6,8 (1,8; 22,5)	2898 6,7 (1,5; 25,4)	0	
Total	3067443 34,5 (33,0; 36,1)	3119459 35,1 (33,7; 36,6)	1571513 17,7 (16,6; 18,8)	779795 8,8 (8,0; 9,6)	290296 3,3 (2,8; 3,8)	53982 0,6 (0,4; 0,9)	

Quadro Ap3.5: Distribuição, por sexo e grupo profissional, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e respectivo Intervalo de 95% de Confiança (IC95%) de pessoas segundo o número de doenças crónicas referidas no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Nº de doenças referidas							
Sexo Masculino							
	0	1	2	3	4	5	
Profissão principal	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	P
Grupo 1	236053 34,9 (29,8; 40,5)	271390 40,2 (34,6; 46,0)	109223 16,2 (12,5; 20,6)	41885 6,2 (4,1; 9,2)	16360 2,4 (1,2; 4,7)	868 0,1 (0,0; 0,7)	,026
Grupo 2	325198 35,3 (31,4; 39,4)	358065 38,9 (35,0; 42,9)	158835 17,2 (14,2; 20,8)	67852 7,4 (5,4; 10,1)	10243 1,1 (0,6; 2,1)	961 0,1 (0,0; 0,5)	
Grupo 3	535696 28,4 (25,4; 31,6)	787790 41,7 (38,7; 44,9)	327164 17,3 (15,1; 19,9)	176199 9,3 (7,7; 11,2)	49873 2,6 (1,9; 3,6)	10538 0,6 (0,2; 1,3)	
Grupo 4	116711 30,0 (24,3; 36,4)	182891 47,0 (40,0; 54,2)	57408 14,8 (10,7; 20,0)	19434 5,0 (2,9; 8,6)	12278 3,2 (1,5; 6,7)	258 0,1 (0,0; 0,5)	
Total	1213658 31,3 (29,3; 33,5)	1600136 41,3 (39,1; 43,5)	652630 16,9 (15,3; 18,6)	305370 7,9 (6,8; 9,1)	88754 2,3 (1,8; 3,0)	12625 0,3 (0,2; 0,7)	
Sexo Feminino							
	0	1	2	3	4	5	
Profissão principal	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	P
Grupo 1	214555 44,5 (37,7; 51,5)	158513 32,9 (26,7; 39,7)	72355 15,0 (10,8; 20,5)	26900 5,6 (3,5; 8,9)	5110 1,1 (0,3; 3,3)	4554 0,9 (0,2; 3,8)	,000
Grupo 2	558829 40,6 (36,7; 44,5)	469122 34,0 (30,4; 37,9)	232480 16,9 (14,1; 20,0)	74987 5,4 (4,0; 7,4)	34984 2,5 (1,6; 4,1)	7360 0,5 (0,2; 1,3)	
Grupo 3	203827 20,1 (16,4; 24,3)	317242 31,3 (27,2; 35,6)	260235 25,6 (22,6; 29,0)	157116 15,5 (12,9; 18,5)	69472 6,8 (5,1; 9,2)	6836 0,7 (0,3; 1,8)	
Grupo 4	136511 21,1 (17,2; 25,7)	203620 31,5 (26,8; 36,6)	154615 23,9 (20,0; 28,4)	91703 14,2 (11,0; 18,2)	47748 7,4 (5,0; 10,8)	11861 1,8 (0,9; 3,9)	
Total	1113722 31,6 (29,4; 34,0)	1148497 32,6 (30,4; 34,9)	719685 20,4 (18,8; 22,2)	350706 10,0 (8,7; 11,4)	157313 4,5 (3,5; 5,6)	30611 0,9 (0,5; 1,4)	
Ambos os sexos							
	0	1	2	3	4	5	
Profissão principal	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	P
Grupo 1	450608 38,9 (34,7; 43,3)	429903 37,1 (32,9; 41,5)	181578 15,7 (12,8; 19,1)	68785 5,9 (4,4; 8,0)	21470 1,9 (1,0; 3,3)	5422 0,5 (0,1; 1,6)	,000
Grupo 2	884027 38,5 (35,6; 41,3)	827187 36,0 (33,3; 38,8)	391315 17,0 (14,9; 19,3)	142839 6,2 (5,0; 7,7)	45227 2,0 (1,3; 2,9)	8321 0,4 (0,2; 0,8)	
Grupo 3	739523 25,5 (23,2; 28,0)	1105032 38,1 (35,6; 40,6)	587399 20,2 (18,4; 22,2)	333315 11,5 (10,1; 13,1)	119345 4,1 (3,3; 5,1)	17374 0,6 (0,3; 1,1)	
Grupo 4	253222 24,5 (21,1; 28,1)	386511 37,3 (33,2; 41,6)	212023 20,5 (17,5; 23,9)	111137 10,7 (8,5; 13,5)	60026 5,8 (4,1; 8,2)	12119 1,2 (0,6; 2,5)	
Total	2327380 31,5 (29,9; 33,1)	2748633 37,2 (35,6; 38,8)	1372315 18,6 (17,4; 19,8)	656076 8,9 (8,0; 9,8)	246067 3,3 (2,8; 4,0)	43236 0,6 (0,4; 0,9)	

Grupo 1: Inclui Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas; Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas e Militares de profissão.

Grupo 2: Inclui Profissões Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo e Similares e Pessoal dos Serviços e Vendedores.

Grupo 3: Inclui Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas, Operários, Artífices e Trabalhadores similares e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.

Grupo 4: Trabalhadores não qualificados

Quadro Ap3.6: Distribuição, por sexo e situação perante a profissão, das estimativas populacionais do número (N), prevalência (%) e respectivo Intervalo de 95% de Confiança (IC95%) de pessoas segundo o número de doenças crónicas referidas no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Nº de doenças referidas							
Sexo Masculino							
	0	1	2	3	4	5	
Profissão principal	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	<i>p</i>
Grupo 1	1009567 33,6 (31,2; 36,1)	1213097 40,3 (37,9; 42,9)	482032 16,0 (14,2; 18,0)	228094 7,6 (6,4; 8,9)	67337 2,2 (1,6; 3,1)	6511 0,2 (0,1; 0,6)	,000
Grupo 2	199962 23,3 (19,6; 27,4)	383843 44,7 (40,6; 48,9)	170241 19,8 (16,4; 23,8)	77276 9,0 (6,8; 11,8)	21417 2,5 (1,5; 4,1)	6114 0,7 (0,3; 1,6)	
Total	1209529 31,3 (29,2; 33,4)	1596940 41,3 (39,1; 43,5)	652273 16,9 (15,3; 18,6)	305370 7,9 (6,9; 9,1)	88754 2,3 (1,8; 3,0)	12625 0,3 (0,2; 0,7)	
Sexo Feminino							
	0	1	2	3	4	5	
Profissão principal	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	<i>p</i>
Grupo 1	977147 35,0 (32,3; 37,8)	915514 32,8 (30,3; 35,4)	540736 19,4 (17,5; 21,4)	238288 8,5 (7,3; 10,0)	99478 3,6 (2,7; 4,8)	22508 0,8 (0,5; 1,4)	,000
Grupo 2	139386 19,4 (15,7; 23,7)	224434 31,2 (26,6; 36,2)	178249 24,8 (21,0; 29,0)	111357 15,5 (12,5; 19,0)	57845 8,0 (5,9; 10,9)	8103 1,1 (0,4; 2,8)	
Total	1116533 31,8 (29,5; 34,1)	1139948 32,4 (30,3; 34,7)	718985 20,5 (18,8; 22,3)	349645 10,0 (8,7; 11,4)	157323 4,5 (3,6; 5,6)	30611 0,9 (0,5; 1,4)	
Ambos os sexos							
	0	1	2	3	4	5	
Profissão principal	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	N % (IC95%)	<i>p</i>
Grupo 1	1986714 34,3 (32,4; 36,1)	2128611 36,7 (34,9; 38,5)	1022768 17,6 (16,3; 19,0)	466382 8,0 (7,2; 9,0)	166815 2,9 (2,3; 3,6)	29019 0,5 (0,3; 0,8)	,000
Grupo 2	339348 21,5 (18,8; 24,4)	608277 38,5 (35,4; 41,8)	348490 22,1 (19,5; 24,9)	188633 12,0 (10,1; 14,1)	79262 5,0 (3,8; 6,6)	14217 0,9 (0,5; 1,7)	
Total	2326062 31,5 (30,0; 33,1)	2736888 37,1 (35,5; 38,7)	1371258 18,6 (17,4; 19,8)	655015 8,9 (8,1; 9,8)	246077 3,3 (2,8; 4,0)	43236 0,6 (0,4; 0,9)	

Grupo 1: Inclui trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores para familiares sem pagamento.

Grupo 2: Inclui trabalhadores por conta própria e empregadores.

Apêndice 4: Distribuição da população segundo o número médio de dias de incapacidade nas duas semanas anteriores, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

Quadro Ap4.1: Distribuição por sexo e grupo etário das estimativas populacionais (N) da média do nº de dias de incapacidade nas 2 semana anteriores e respectivos Intervalos de 95% de Confiança para a média (IC95%) segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

	Masculino			Feminino		
Grupo etário	Média dias incapacidade	(IC 95%)	N	Média dias incapacidade	(IC 95%)	N
15-24	4,1	(2,3; 6,0)	32607	3,5	(1,8; 5,1)	50365
25-44	7,8	(6,2; 9,3)	109927	6,2	(4,7; 7,7)	155531
45-64	7,6	(6,0; 9,2)	115463	7,5	(6,3; 8,6)	223363
65-74	9,0	(7,1; 10,9)	53394	7,3	(5,9; 8,7)	95296
75+	8,9	(7,2; 10,5)	63386	9,0	(7,4; 10,5)	96944

Quadro Ap4.2: Distribuição por sexo e estado civil das estimativas populacionais (N) da média do nº de dias de incapacidade nas 2 semana anteriores e respectivos Intervalos de 95% de Confiança para a média (IC95%) segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

	Masculino			Feminino		
Estado civil	Média dias incapacidade	(IC 95%)	N	Média dias incapacidade	(IC 95%)	N
Solteiro	7,4	(5,6; 9,2)	81554	6,2	(4,3; 8,1)	104934
Casado / Junto	7,8	(6,8; 8,8)	262334	6,9	(6,0; 7,8)	388426
Separado / Divorciado	9,6	(6,3; 12,9)	15026	6,0	(3,3; 8,6)	17279
Viúvo	6,7	(3,2; 10,2)	15865	8,6	(7,3; 9,8)	110858

Quadro Ap4.3: Distribuição por sexo e nível de instrução das estimativas populacionais (N) da média do nº de dias de incapacidade nas 2 semana anteriores e respectivos Intervalos de 95% de Confiança para a média (IC95%) segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

	Masculino			Feminino		
Nível de Ensino	Média dias incapacidade	(IC 95%)	N	Média dias incapacidade	(IC 95%)	N
Nenhum	8,3	(6,3; 10,2)	56197	8,3	(6,9; 9,6)	125407
1º Ciclo	8,9	(7,7; 10,1)	168126	7,4	(6,4; 8,5)	250174
2º e 3º Ciclo	6,2	(4,8; 7,6)	105129	7,1	(5,6; 8,6)	120826
Secundário	8,1	(5,0; 11,2)	18946	5,6	(3,2; 8,0)	58951
Superior	5,0	(2,3; 7,7)	26379	4,5	(2,6; 6,3)	66140

Quadro Ap4.4: Distribuição por sexo e ocupação das estimativas populacionais (N) da média do nº de dias de incapacidade nas 2 semana anteriores e respectivos Intervalos de 95% de Confiança para a média (IC95%) segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

	Masculino			Feminino		
Ocupação principal	Média dias incapacidade	(IC 95%)	N	Média dias incapacidade	(IC 95%)	N
Activo (1)	6,8	(5,7; 8,0)	199770	6,7	(5,8; 7,6)	357517
Desempregado	7,6	(2,6; 12,5)	14822	5,4	(2,8; 8,0)	33073
Reformado (2)	9,2	(8,1; 10,4)	148918	8,4	(7,3; 9,5)	203090
Estudante (3)	5,2	(1,7; 8,7)	9558	2,8	(0,9; 4,7)	24992
Outras situações	1,0	(1,0; 1,0)	1710	9,6	(3,2; 16,0)	2826

(1) Inclui donas de casa

(2) Inclui pessoas reformadas ou permanentemente incapacitadas

(3) Inclui estagiários não remunerados

Quadro Ap4.5: Distribuição por sexo e grupo profissional das estimativas populacionais (N) da média do nº de dias de incapacidade nas 2 semana anteriores e respectivos Intervalos de 95% de Confiança para a média (IC95%) segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

	Masculino			Feminino		
Profissão principal	Média dias incapacidade	(IC 95%)	N	Média dias incapacidade	(IC 95%)	N
Grupo 1	5,9	(3,6; 8,2)	44350	7,0	(4,2; 9,7)	40848,067
Grupo 2	7,9	(5,8; 10,1)	61268	6,5	(5,0; 8,0)	173796,180
Grupo 3	8,4	(7,3; 9,4)	216025	7,7	(6,5; 8,9)	180869,559
Grupo 4	6,3	(4,1; 8,4)	40050	8,7	(7,3; 10,1)	108617,296

Grupo 1: Inclui Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas; Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas e Militares de profissão.

Grupo 2: Inclui Profissões Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo e Similares e Pessoal dos Serviços e Vendedores.

Grupo 3: Inclui Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas, Operários, Artífices e Trabalhadores similares e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.

Grupo 4: Trabalhadores não qualificados

Quadro Ap4.6: Distribuição por sexo e situação perante a profissão das estimativas populacionais (N) da média do nº de dias de incapacidade nas 2 semana anteriores e respectivos Intervalos de 95% de Confiança para a média (IC95%) segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

	Masculino			Feminino		
Profissão principal	Média dias incapacidade	(IC 95%)	N	Média dias incapacidade	(IC 95%)	N
Grupo 1	8,0	(6,9; 9,0)	269898	7,3	(6,3; 8,3)	362082
Grupo 2	7,2	(5,8; 8,6)	91795	7,8	(6,6; 9,0)	141830

Grupo 1: Inclui trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores para familiares sem pagamento.

Grupo 2: Inclui trabalhadores por conta própria e empregadores.

Apêndice 5: Distribuição da população segundo o número médio de consultas médicas nos três meses anteriores, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

Quadro Ap5.1: Distribuição por sexo e grupo etário das estimativas populacionais (N) da média do nº consultas médicas nos 3 meses anteriores e respectivos Intervalos de 95% de Confiança para a média (IC95%) segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

	Masculino			Feminino		
Grupo etário (anos)	Nº consultas	(IC 95%)	N	Nº consultas	(IC 95%)	N
15-24	1,6	(1,4 ; 1,8)	229161	1,8	(1,6 ; 2,0)	318631
25-44	1,8	(1,6 ; 2,0)	647508	2,2	(2,0 ; 2,3)	906265
45-64	1,9	(1,8 ; 2,1)	682874	2,4	(2,2 ; 2,5)	922914
65-74	2,4	(2,1 ; 2,7)	315117	2,3	(2,1 ; 2,5)	421019
75+	2,3	(2,0 ; 2,7)	213207	2,4	(2,1 ; 2,7)	364705

Quadro Ap5.2: Distribuição por sexo e estado civil das estimativas populacionais da média do nº consultas médicas nos 3 meses anteriores e respectivos Intervalos de 95% de Confiança para a média (IC95%) segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

	Masculino			Feminino		
Estado civil	Nº consultas	(IC 95%)	N	Nº consultas	(IC 95%)	N
Solteiro	1,7	(1,5; 2,0)	446792	1,9	(1,6; 2,2)	559015
Casado / Junto	2,0	(1,9; 2,0)	1495877	2,2	(2,1; 2,4)	1819388
Separado / Divorciado	2,3	(1,7; 3,0)	72220	2,5	(1,8; 3,2)	150265
Viúvo	2,6	(1,8; 3,5)	72978	2,6	(2,3; 2,9)	404867

Quadro Ap5.3: Distribuição por sexo e número de anos de escolaridade das estimativas populacionais da média do nº consultas médicas nos 3 meses anteriores e respectivos Intervalos de 95% de Confiança para a média (IC95%) segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

	Masculino			Feminino		
Nível de Ensino	Nº consultas	(IC 95%)	N	Nº consultas	(IC 95%)	N
Nenhum	2,4	(2,0; 2,8)	177877	2,6	(2,3; 2,8)	509726
1º Ciclo	2,1	(1,9; 2,2)	810237	2,3	(2,1; 2,4)	990451
2º e 3º Ciclo	2,0	(1,8; 2,1)	586826	2,1	(1,9; 2,3)	721905
Secundário	1,8	(1,5; 2,0)	264119	2,2	(1,8; 2,6)	342377
Superior	1,6	(1,4; 1,7)	244718	2,0	(1,7; 2,4)	369075

Quadro: Ap5.4: Distribuição por sexo e ocupação das estimativas populacionais da média do nº consultas médicas nos 3 meses anteriores e respectivos Intervalos de 95% de Confiança para a média (IC95%) segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

	Masculino			Feminino		
Ocupação principal	Nº consultas	(IC 95%)	N	Nº consultas	(IC 95%)	N
Activo (1)	1,8	(1,7; 1,9)	1241182	2,1	(2,0; 2,3)	1853714
Desempregado	1,8	(1,4; 2,1)	116893	2,5	(1,8; 3,1)	164970
Reformado (2)	2,5	(2,2; 2,7)	606652	2,5	(2,4; 2,7)	710303
Estudante (3)	1,5	(1,3; 1,7)	111111	1,7	(1,5; 2,0)	178296
Outras situações	2,4	(1,2; 3,6)	10784	2,7	(1,6; 3,7)	16059

(1) Inclui donas de casa

(2) Inclui pessoas reformadas ou permanentemente incapacitadas

(3) Inclui estagiários não remunerados

Quadro Ap5.5: Distribuição por sexo e grupo profissional das estimativas populacionais da média do nº consultas médicas nos 3 meses anteriores e respectivos Intervalos de 95% de Confiança para a média (IC95%) segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

	Masculino			Feminino		
Profissão principal	Nº consultas	(IC 95%)	N	Nº consultas	(IC 95%)	N
Grupo 1	1,9	(1,6; 2,1)	352727	1,9	(1,7; 2,1)	290166
Grupo 2	2,0	(1,8; 2,2)	462460	2,3	(2,1; 2,5)	837153
Grupo 3	2,1	(1,9; 2,2)	944828	2,4	(2,2; 2,5)	678514
Grupo 4	1,9	(1,6; 2,1)	187255	2,3	(2,1; 2,6)	433156

Grupo 1: Inclui Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas; Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas e Militares de profissão.

Grupo 2: Inclui Profissões Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo e Similares e Pessoal dos Serviços e Vendedores.

Grupo 3: Inclui Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas, Operários, Artífices e Trabalhadores similares e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.

Grupo 4: Trabalhadores não qualificados

Quadro Ap5.6: Distribuição por sexo e grupo de situação perante a profissão das estimativas populacionais da média do nº consultas médicas nos 3 meses anteriores e respectivos Intervalos de 95% de Confiança para a média (IC95%) segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

	Masculino			Feminino		
Profissão principal	Nº consultas	(IC 95%)	N	Nº consultas	(IC 95%)	N
Grupo 1	2,0	(1,9; 2,1)	1491322	2,3	(2,1; 2,4)	1750106
Grupo 2	2,1	(1,9; 2,3)	452895	2,3	(2,1; 2,5)	480263

Grupo 1: Inclui trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores para familiares sem pagamento.

Grupo 2: Inclui trabalhadores por conta própria e empregadores.

Anexos

Anexo 1:Caracterização geral do Inquérito Nacional de Saúde

Caracterização geral do Inquérito Nacional de Saúde

Este anexo contém a **caracterização da fonte de dados utilizada neste trabalho**, concretamente a base de dados oficial resultante do Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005/2006 pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (Quarto Inquérito Nacional de Saúde) quanto às seguintes fases, importantes para o enquadramento do trabalho:

1) Preparação da recolha dos dados (elaboração do questionário, pré-teste ao conteúdo do questionário, formação das equipas de campo; 2) inquérito piloto; 3) formação da equipa de codificação; 4) Inquérito principal (indicadores de produtividade, circuito de informação, base de dados final, análise de dados e relatório final).

O texto é uma adaptação de diversos trabalhos do autor.

1. A fonte dos dados, o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

Caracterização geral do Inquérito Nacional de Saúde

O Inquérito Nacional de Saúde é um instrumento de medida de saúde que faz parte do Sistema Estatístico Nacional, produz dados, gera estimativas e estuda a evolução ao longo do tempo de valores de variáveis que permitem a construção de indicadores do estado de saúde e doença e factores que os determinam, da população residente em Portugal.

Os dados são colhidos directamente por entrevista presencial no domicílio de uma amostra probabilística de unidades de alojamento que, além da sua grande dimensão, é representativa da população portuguesa ao nível das regiões Administrativas (NUTS II).

O Inquérito Nacional de Saúde tem-se revelado não só um valioso instrumento de medida, contribuindo para um planeamento informado e uma avaliação correcta dos programas de saúde, função contemplada no Plano Nacional de Saúde, mas ainda uma fonte importante de dados para pesquisas epidemiológicas, bem como para dar resposta a muitas das solicitações de organismos internacionais, nomeadamente da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Organismo Estatístico Europeu (EUROSTAT).

Aliás, à semelhança dos restantes países da União Europeia, o Inquérito Nacional de Saúde está integrado no movimento patrocinado pela Organização Mundial da Saúde e subsidiado pela União Europeia para a harmonização de conceitos e instrumentos nos inquéritos de saúde na Europa.

Neste âmbito tem participado activamente e, desde o início, no grupo de trabalho Paranormais Health (anteriormente designado por "Taskforce on Health and Health Interview Survey Data") patrocinado pelo EUROSTAT, assim como no projecto European Union Public Health database (EUPHID, anteriormente designado por "HIS-HES") e no projecto "EUROHIS" patrocinado pela OMS ambos com o objectivo de harmonizar a recolha de dados de saúde através de entrevista.

Os Inquéritos Nacionais de Saúde anteriores

Os três últimos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) (1º INS realizado em 1987, 2º INS realizado em 1995/1996, 3º INS realizado em 1998/1999 e 4º INS, realizado em 2005/2006) foram da responsabilidade, respectivamente, do extinto Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS), Direcção-Geral de Saúde (DGS), e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) (3º e 4º INS), sendo efectuados contratos de prestação de serviços com o INE para a escolha da amostra e trabalho de campo, excepto no 4ºINS em que o contrato foi de parceria.

De referir que, além destes Inquéritos, foram ainda realizados alguns de âmbito regional, a saber: Lisboa e Vale do Tejo (1989), Norte (1990), Alentejo (1991) e Algarve (1993).

De modo a cumprir recomendações nacionais (Conselho Superior de Estatística) e internacionais (EUROSTAT) de uma periodicidade quinquenal para obtenção de indicadores de saúde através de Inquéritos Nacionais de Saúde por entrevista, o 4º INS, foi realizado no âmbito de um contrato de parceria e um protocolo técnico entre as duas instituições, assinados por ambos os Directores em 17 de Novembro de 2003, sendo desenvolvidos os trabalhos preparatórios ao longo de 2004, e iniciando-se o trabalho de campo em Fevereiro de 2005.

Caracterização geral do Quarto Inquérito Nacional de Saúde

O 4º INS resultou assim da iniciativa do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, entidade a quem o Ministério da Saúde atribuiu a responsabilidade pela realização dos Inquéritos Nacionais de Saúde (despacho de S. Ex.^a a Sr.^a Ministra da Saúde de 23/04/98).

Os trabalhos do 4º INS decorreram no âmbito das actividades do Centro de Epidemiologia e Bioestatística do Observatório Nacional de Saúde e contaram com o valioso contributo da Direcção-Geral da Saúde, através da colaboração de um técnico superior com formação em sociologia, membro da equipa que realizou os 2º e 3º INS e que assegurou as tarefas de preparação e acompanhamento do trabalho de campo do 4º INS, colaborando ainda na fase final correspondente ao processo de análise de dados e relatórios finais.

A Direcção-Geral da Saúde, sublinha-se, colaborou de forma proveitosa com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge noutros aspectos do 4ºINS, nomeadamente na reformulação do questionário utilizado e na formação prestada à responsável pela equipa de codificação das entrevistas para a correcta utilização da Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte (CID 10).

Para a realização do 4ºINS foi celebrado um contrato de parceria com o Instituto Nacional de Estatística, entidade que, à semelhança dos 3 inquéritos anteriores, participou na escolha da amostra e foi responsável, em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, pela execução do trabalho de campo.

O financiamento do 4ºINS da despesa total prevista de 1.376.115 euros foi assegurado, inicialmente, através de verbas inscritas em PIDDAC e, posteriormente, através de verbas do Programa Saúde XXI e de verbas do orçamento do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

O 4ºINS abrangeu, pela primeira vez, a população das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, regiões que colaboraram desde o início dos trabalhos de preparação deste inquérito, através das respectivas Secretarias Regionais dos Assuntos Sociais.

Com a finalidade de responder às solicitações das entidades regionais do Ministério da Saúde, a amostra do 4º INS foi desenhada com o objectivo de permitir estimativas de indicadores a nível de região administrativa (NUTS 2, delimitação de 1989) mas também a nível de Região de Saúde, conforme estabelecido entre as duas instituições.

O 4º INS utilizou um questionário cujo conteúdo contemplou 4 novas áreas de temáticas de inquirição, tendo sido alterados e alargados, em alguns casos de forma apreciável, os conteúdos de todas as restantes 11 áreas de inquirição. Nestas últimas, garantiu-se sempre a comparabilidade com os inquéritos anteriores, com excepção da área de actividade física, totalmente modificada.

Tal deve-se quer às recomendações dos Organismos internacionais que utilizam dados obtidos pelo INS português (EUROSTAT, OMS, OCDE), quer às solicitações das estruturas do Ministério da Saúde que foram consultadas em 2002-2003, no início da preparação do 4º INS, acerca da adequação do conteúdo temático do INS anterior (1998-1999) às necessidades da avaliação e monitorização do estado de saúde da população portuguesa e seus factores determinantes.

Desde 07 de Fevereiro de 2005 e até 05 de Fevereiro de 2006 procedeu-se à recolha dos dados através de entrevistas presenciais, efectuadas por entrevistadores treinados, às famílias incluídas na amostra representativa da população portuguesa inicialmente escolhida, distribuídas pelas cinco regiões de Portugal Continental e pelas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Refere-se que, no final, realizaram-se entrevistas a 15 457 famílias, correspondendo a 41193 pessoas residentes em 15239 unidades de alojamento, das 19950 inicialmente previstas.

Concomitantemente, uma equipa de 5 pessoas procedeu, no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, à codificação das situações nosológicas referidas pelos entrevistados, utilizando a Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte (CID 10).

As entrevistas do 4ºINS foram realizadas – com o apoio de computador portátil, a todas as pessoas residentes em cada unidade de alojamento seleccionada – por entrevistadores recrutados pelo Instituto Nacional de Estatística, os quais receberam formação específica para os conteúdos do 4ºINS, ministrada por formadores entretanto seleccionados e que, por sua vez, receberam formação específica.

Os ficheiros semanais das entrevistas realizadas foram enviados pelos supervisores regionais das equipas de campo ao Instituto Nacional de Estatística, que por sua vez as reuniu e enviou ao Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge para codificação das entidades nosológicas referidas pelos entrevistados.

Depois de codificadas, as entrevistas foram novamente enviadas ao Instituto Nacional de Estatística para a transferência dos dados do formato “Blaise”, programa informático específico para a realização das entrevistas no domicílio, para um formato compatível com a análise estatística e a produção de indicadores.

2. Desenvolvimento dos trabalhos do Quarto Inquérito Nacional de Saúde

A preparação do trabalho de colheita dos dados

A fase de preparação do trabalho de colheita dos dados decorreu entre Janeiro de 2001 e Dezembro de 2003 e teve como aspectos mais relevantes: a alteração do conteúdo do questionário a utilizar no 4ºINS, de forma a responder a solicitações nacionais e internacionais, mantendo a comparabilidade com os 3 inquéritos anteriores; a instituição de uma relação de parceria com o Instituto Nacional de Estatística para a realização do 4ºINS, substituindo a anterior relação de prestação de serviços; a alteração do modelo de aplicação do questionário ao longo das 52 semanas de trabalho de campo com a manutenção de 11 áreas temáticas nucleares e a escolha de 6 áreas temáticas aplicadas rotativamente em cada um dos trimestres de recolha de dados; a realização de um pré-teste ao questionário; a realização de acções de formação a formadores, às equipas de campo e equipa de codificação; a realização de um Inquérito Piloto.

O longo período de tempo em questão nesta fase deveu-se, quer à extensa consulta escrita efectuada a um conjunto de entidades públicas, de ensino e investigação, assim como a especialistas e utilizadores dos dados dos inquéritos anteriores, quer à complexa negociação entre o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e o Instituto Nacional de Estatística com vista à alteração da figura de relação de trabalho proposta por esta última Instituição.

A pequena dimensão da equipa que no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge assegurou de forma contínua os trabalhos do 4º INS não pode deixar também de ser mencionada. De facto, as fases de preparação atrás referidas, nomeadamente as duas primeiras, foram asseguradas pela anterior responsável pelo INS, técnica superior, e pelo actual responsável, médico especialista em saúde pública. Para as restantes fases contou-se com a colaboração a tempo parcial do técnico superior do quadro da Direcção-Geral da Saúde atrás referido e de uma anterior codificadora do 3º INS, agora Responsável pela Equipa de Codificação.

O pré-teste ao conteúdo do questionário

A evolução verificada relativamente ao modelo de questionário aplicado no inquérito de 1998/1999, levou à necessidade de avaliar as alterações introduzidas. Para tal, procedeu-se a um pré-teste das perguntas das várias áreas de inquirição, quanto ao seu conteúdo, formulação, sequência e duração efectiva do tempo de contacto com os entrevistados. Pretendeu-se, assim, chegar a uma versão final do questionário a aplicar na operação real.

O trabalho de campo do pré-teste decorreu de 20 de Abril a 2 de Maio de 2004 na Região de Lisboa e Vale do Tejo e foi efectuado por entrevistadores do Instituto Nacional de Estatística que entrevistaram 79 famílias, num total de 168 indivíduos.

A análise, sobretudo qualitativa, dos resultados do pré-teste permitiu detectar um conjunto de constrangimentos, quer ao nível da formulação quer ao nível da dimensão do questionário, levando à necessidade de reestruturação, com recurso a um novo modelo de articulação modular dos vários capítulos, como forma de equilíbrio entre as expectativas dos destinatários da informação e a sobrecarga dos respondentes, procurando manter a qualidade geral da informação produzida.

Quanto à estrutura global do questionário, foi definido um núcleo central de inquirição com 11 áreas temáticas de informação, a aplicar em todos os trimestres de trabalho de campo, isto é, 52 semanas, e a aplicação rotativa apenas num dos quatro trimestres de trabalho de campo de outras 6 áreas. Ficaram, assim, assegurados critérios de qualidade, tanto quanto à duração das entrevistas como à sua extensão, com repercussões certamente positivas no processo de recolha de dados.

O núcleo central do questionário do 4ºINS foi formado pelas seguintes áreas temáticas: caracterização sócio-demográfica; informações gerais de saúde; incapacidade temporária; doenças crónicas; cuidados de saúde; consumo de medicamentos; despesas e rendimentos; consumo de tabaco; consumo de alimentos e bebidas; saúde reprodutiva e planeamento familiar; saúde mental.

As restantes áreas de inquirição suplementares, a aplicar somente num dos quatro trimestres de trabalho de campo, foram: incapacidade de longa duração (1º trimestre); actividade física (2º trimestre); saúde oral e cuidados preventivos (3º trimestre); qualidade de vida e insegurança alimentar (4º trimestre), não incluídas no pré-teste.

A Acção de formação de formadores

A formação específica para a aplicação do questionário, de acordo com o estabelecido contratualmente entre o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e o Instituto Nacional de Estatística, foi da responsabilidade daquele Instituto, no qual foi dada formação aos formadores seleccionados com a finalidade de, por sua vez, garantirem a formação específica às equipas de campo regionais, estando enquadrados pelas orientações metodológicas e de conteúdo transmitidas pelo técnico da Direcção-Geral da Saúde atrás mencionado.

Assim, este técnico ministrou o curso «O 4º Inquérito Nacional de Saúde – abordagem do Manual do(a) Entrevistador(a)» com a duração de 3 dias. Os formadores regionais, enquanto destinatários do curso, no final, deveriam: entender o questionário (4º INS); entender o Manual do(a) Entrevistador(a); desenvolver e aplicar – junto das equipas de campo regionais – os conhecimentos adquiridos, através da sua transmissão nas respectivas sessões de formação.

Relativamente a esta acção, para além da informação dos seus objectivos, programa e metodologia seguida, desenvolveram-se os seguintes temas: conteúdo funcional dos formadores do 4º INS; Inquérito Nacional de Saúde – apresentação geral e objectivos; Questionário do 4º INS – análise detalhada através do Manual do(a) Entrevistador(a); Análise e discussão do exercício de formação das equipas de campo regionais (aplicação do exercício – entrevista em questionário informatizado – tendo como suporte o microcomputador); orientações para o controlo do contexto do trabalho em grupo (exercício e simulação de entrevistas); Orientações para o preenchimento do “Questionário de Avaliação”, pelas equipas de campo; instruções para a elaboração de um “Relatório da Acção de Formação”.

A Acção de formação das equipas de campo

No que concerne à Acção de Formação das equipas de campo que realizaram o Inquérito Nacional de Saúde, ela foi constituída por 4 fases, a saber: 1) sessões em sala; 2) execução do Inquérito-Piloto; 3) reunião para discussão dos resultados do Inquérito-Piloto; 4) reuniões de trabalho (formação em exercício) – fase adiante descrita no ponto relativo ao desenvolvimento do Inquérito Principal.

A primeira dessas fases foi concretizada pelos formadores regionais, aos quais foi previamente ministrada formação, como já referido anteriormente. As acções de formação das equipas de campo regionais no que respeita a aspectos do Inquérito de Saúde – apresentação geral, objectivos e exposição do conteúdo do questionário – decorreram como programado e, duma maneira geral, foram atingidos os objectivos inicialmente delineados para os destinatários da acção de formação, isto é, entender o questionário bem como desenvolver e aplicar os conhecimentos adquiridos nas sessões em sala.

Relativamente à duração do curso, decidiu-se estabelecer 2,5 dias (17,5 horas) para cada grupo de formandos (entre 12 a 15 pessoas) em cada uma das Regiões.

Salienta-se ainda que na parte das sessões destinada ao desenvolvimento dos conhecimentos adquiridos foi concretizada a aplicação da simulação de uma entrevista – já com recurso ao microcomputador – através da resolução de um exercício previamente concebido.

O Inquérito Piloto e reuniões para discussão dos seus resultados

Realizadas as acções de formação em sala previstas, realizou-se o Inquérito-Piloto durante o último trimestre de 2004 (antes do início do trabalho de campo em 7 de Fevereiro de 2005), o qual envolveu todas as equipas de campo nas regiões de Portugal Continental, assim como nas regiões autónomas dos Açores e da Madeira.

A realização do Inquérito-Piloto, entendido como uma fase da formação das equipas de campo, permitiu à equipa um primeiro contacto com o instrumento de inquirição no "terreno" e revelou ser um bom teste aos conhecimentos adquiridos nas sessões de formação.

Após a aplicação do Inquérito-Piloto, realizou-se entre 6 e 26 de Janeiro de 2005 uma reunião – conduzida pelo técnico da Direcção-Geral da Saúde a colaborar no 4º INS – em cada uma das regiões do Continente bem como nas Ilhas, destinada aos coordenadores regionais, supervisores, entrevistadores e reinquiridores, em cumprimento do Protocolo de Colaboração INSA – INE.

Os objectivos destas reuniões foram: recolha de informação acerca das dificuldades, esclarecimento de dúvidas e discussão dos resultados inventariados aquando da verificação no INSA das entrevistas, oportunamente enviadas pelo INE; prestação de instruções adicionais, resultantes do trabalho desenvolvido no Inquérito-Piloto e que foram objecto de uma adenda ao Manual do(a) Entrevistador(a); destaque de áreas de informação mais importantes do questionário; prestação de informações sobre o questionário de reinquirição; prestação de indicações relativas aos relatórios de acompanhamento das entrevistas.

Através do contacto com as equipas regionais, foi ainda possível inventariar alguns problemas surgidos, inerentes à execução de um inquérito piloto, sendo de destacar: listagens incompletas; não recepção de cartas de aviso por algumas famílias; necessidade de introdução de validações no programa do questionário e também de pequenas alterações no seu conteúdo; dificuldades no registo de alguns descritivos.

Assim, de forma a resolver os problemas atrás referidos e contribuir para melhorar a qualidade do trabalho, foram dadas indicações aos responsáveis regionais (coordenadores e supervisores) e foram também transmitidas indicações e apresentadas sugestões aos serviços centrais do INE.

A Acção de formação da equipa de codificação

De acordo com o programado, a Responsável pela Equipa de Codificação recebeu formação adicional do responsável pelo serviço de codificação da DGS, dado que foi decidido utilizar a CID-10 no 4º INS.

Assim, foram elaborados os materiais de formação adaptados à nova versão da CID e a Responsável referida ministrou uma Acção de Formação aos colaboradores entretanto recrutados. Esta acção – “O Inquérito Nacional de Saúde – verificação e codificação dos questionários” – foi ministrada, em conjunto, pelo sociólogo da Direcção-Geral da Saúde anteriormente mencionado, nomeadamente na componente relativa ao questionário, e pela Responsável pela Equipa de Codificação na componente da codificação específica, teve 15 dias de duração e o seu objectivo principal foi o de que os participantes, os futuros codificadores, fossem capazes de entender o questionário (4º Inquérito Nacional de Saúde) e efectuar a verificação dos dados recolhidos, conhecer/dominar as instruções para o registo dos códigos específicos (CUID – Cuidados Médicos, ESP - Especialidades, PAT - Patologias, ACI - Acidentes, PROF - Profissões e AE – Actividade Económica), desenvolver e aplicar os conhecimentos adquiridos.

Nesta acção foram informados os objectivos, programa e metodologia do curso e desenvolveu-se o seguinte conteúdo: O Inquérito Nacional de Saúde. Apresentação Geral e Objectivos; O Questionário do 4º INS: análise detalhada através do Manual do(a) Entrevistador(a); A Classificação Internacional de Doenças – 10º Revisão (CID-10); O Código PAT, ACI; A Classificação Nacional de Profissões – Versão 1994 (CNP-94); O Código PROF, AE; Os Códigos CUID e ESP; Resolução de exercícios com recurso aos resultados do Inquérito-Piloto. Salienta-se que a dimensão prática desta acção formativa exigiu que se privilegiasse o desenvolvimento de exercícios, através da sua resolução e debate em grupo.

O Inquérito Principal

Os trabalhos de recolha dos dados do 4ºINS tiveram início em 07 de Fevereiro de 2005 e terminaram em 05 de Fevereiro de 2006, conforme planeado.

Durante este período de 52 semanas, foram realizadas reuniões de acompanhamento do trabalho de campo (quarta fase da Acção de Formação, atrás mencionada), enquadradas no clausulado do protocolo anexo ao contrato de parceria celebrado entre o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e o Instituto Nacional de Estatística, reuniões essas, entendidas como «formação em exercício», efectuadas trimestralmente entre a equipa coordenadora do 4º INS no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e as equipas de campo nas 7 regiões envolvidas.

As reuniões, conduzidas pelo sociólogo da Direcção-Geral da Saúde a colaborar no 4º INS, decorreram em cada Região tendo como objectivos: ministrar formação relativa às áreas de informação suplementares “Actividade Física”, “Saúde Oral”, “Cuidados Preventivos”, “Qualidade de Vida” e “Insegurança Alimentar”; resolver dúvidas e dificuldades surgidas; fazer um ponto de situação relativamente aos resultados das reinquirições e dos acompanhamentos dos supervisores; discutir a evolução dos indicadores de produtividade e o cumprimento das instruções relativas à descrição das situações patológicas.

Refira-se que, paralelamente ao processo de recolha através das entrevistas, foram também efectuadas entrevistas de reinquirição a uma sub-amostra de 10% da amostra total em estudo. As reinquirições

realizavam-se com um desfasamento de cerca de 3 semanas. Refira-se que os resultados de comparação da inquirição com a reinquirição foram discutidos nas reuniões trimestrais resultando em indicações específicas para a melhoria da qualidade do trabalho de recolha de informação.

Por sua vez, semanalmente, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge recebeu do Instituto Nacional de Estatística os ficheiros informáticos com o conteúdo das entrevistas efectuadas, destinadas à codificação das patologias, acidentes e contactos com serviços de saúde referidos pelos entrevistados. Posteriormente, os ficheiros com as entrevistas, entretanto codificadas, foram enviados ao Instituto Nacional de Estatística para transferência dos dados para um formato informático compatível com a utilização por programas de análise estatística de dados.

Indicadores de produtividade

Os indicadores de produtividade foram elaborados para cada região e semana de trabalho de campo. A taxa de nacional de realização de entrevistas foi de 76 %, variando entre as regiões: 70% em Lisboa, 71% na Madeira, 76% nas regiões Centro e Algarve, 78% no Alentejo, 82% nos Açores e 83% na Região Norte.

Saliente-se que a causa de não realização mais frequente foi a «unidade de alojamento não habitada», o que se poderá relacionar com a desactualização da amostra, já que entre os Censos 2001 e a realização do 4º INS decorreram cerca de 4 anos. Assim, a nível nacional, a distribuição percentual das causas de não realização foi a seguinte: recusas (Rec), 2%; ausências episódicas (A. Ep.), 2%; ausências inferiores ou iguais a 1 mês (A. <=1 m.), 0%; ausências de duração desconhecida (A.D.D.), 4%; ausências superiores a 1 mês (A.> 1m.), 1%; unidades de alojamento habitadas por curto período – férias, etc. – (UA hcp), 2%; unidades de alojamento não habitadas (UA nh), 8%; unidades de alojamento duplas (UA dup), 0%; não é unidade de alojamento (N é UA), 0%; insuficiência de listagem (Ins. List), 1%; outras situações (O. Sit.), 4%.

Refira-se que o valor da taxa de não realização correspondente à causa «unidade de alojamento não habitada» foi de 7% nas regiões Norte e Lisboa, 8% nas regiões Centro e Açores, 9% no Algarve e 10% nas regiões Alentejo e Madeira.

Por outro lado, as ausências de curta duração – características de uma crescente dificuldade de encontrar os inquiridos nas unidades de alojamento em horários apropriados para a realização das entrevistas, sobretudo em zonas urbanas – predominaram na região Lisboa, atingindo 8%. Outra causa de não realização que se evidenciou nesta região foi a recusa. Em 5% das unidades de alojamento inicialmente previstas as pessoas contactadas recusaram explicitamente a recolha de informação. Salienta-se que na Madeira, o valor foi de 3% e as restantes regiões tiveram valores próximos da média nacional – 2% –, valor dentro dos padrões.

Um outro indicador de produtividade importante é a “duração das entrevistas”. A actual recomendação, tanto nacional como internacional, é a de que o tempo médio de entrevistas numa unidade de alojamento familiar seja de cerca de uma hora. Aquando da concepção do questionário do 4º INS houve o cuidado de seguir esta recomendação. Assim, a duração média das entrevistas, em Portugal, foi de 64 minutos, valor este distinto regionalmente e que varia de acordo com o número de pessoas entrevistadas em cada família, mas também, muitas vezes, pelas condições em que se realizam as entrevistas, nem sempre as ideais. Por regiões, temos: Alentejo, 53 minutos; Centro, 56 minutos; Algarve, 60 minutos; Açores, 61 minutos; Norte, 63 minutos; Lisboa, 77 minutos; Madeira, 79 minutos.

Circuito de informação e base de dados final

O circuito de informação do 4ºINS funcionou até 05 de Fevereiro de 2006, em simultâneo com a realização de entrevistas de inquirição e prolongou-se depois durante cerca de 8 semanas, de forma a incluir os resultados das entrevistas de recuperação e de reinquirição, assim como a respectiva codificação central.

A matriz de dados final do 4º INS inclui, além dos micro dados anónimos relativos a cada um dos entrevistados, ponderadores individuais que permitirão estender os resultados para além das estimativas amostrais e obter estimativas populacionais, desagregadas a nível das NUTS 2 (delimitação de 1989) e das Regiões de Saúde, para os indicadores que vierem a ser construídos. Poder-se-ão, assim, obter estimativas de prevalência e do número de pessoas, residentes em Portugal e em cada Região, com cada uma das características em estudo.

A Análise dos dados e relatórios finais

Para a concretização do plano de análise geral dos dados do 4º INS foram consultadas por escrito entidades centrais e regionais do Ministério da Saúde, assim como às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

A finalidade desta consulta foi a de adequar, tanto quanto possível, os relatórios finais de resultados do 4º INS às necessidades de informação expressas por decisores e por responsáveis pelas intervenções na área da saúde da população em Portugal, mantendo, no entanto, a comparabilidade com os indicadores obtidos nos Inquéritos Nacionais de Saúde anteriores.

Paralelamente à elaboração do plano geral de análise dos dados do 4ºINS foi aprofundada a discussão já iniciada com o Instituto Nacional de Estatística relativa ao modo de apresentação dos dados gerais obtidos com o 4ºINS. Das decisões que foi necessário tomar salientam-se: número e características dos relatórios finais de resultados que serão elaborados; níveis de desagregação dos dados e dos indicadores por NUTS 2 e, ou, por Regiões de saúde; comparação eventual dos indicadores obtidos através do 4ºINS com os indicadores obtidos nos inquéritos Nacionais de Saúde anteriores.

3. O questionário do Quarto Inquérito Nacional de Saúde.

O questionário utilizado na recolha de dados do 4ºINS contém um conjunto central de inquirição com 11 áreas temáticas de informação aplicadas em todos os 4 trimestres de trabalho de campo, isto é ao longo de 52 semanas consecutivas, bem como outras 6 áreas temáticas, aplicadas de forma rotativa apenas num dos trimestres de trabalho de campo.

Pretendeu-se, desta forma, limitar a duração e a extensão das entrevistas, de acordo com critérios de qualidade, procurando, simultaneamente, garantir um processo de recolha de dados semelhante ao utilizado nos Inquéritos Nacionais de Saúde anteriores.

O núcleo central do questionário inclui 12 áreas temáticas, assinalando-se na listagem seguinte com um asterisco (*) aquelas que contribuíram com variáveis agora analisadas:

- Caracterização sócio-demográfica*
- Informações gerais de saúde (*)

- Incapacidade temporária (*)
- Doenças crónicas (*)
- Cuidados de saúde (*)
- Consumo de medicamentos
- Despesas e rendimentos
- Consumo de tabaco (*)
- Consumo de alimentos e bebidas (*)
- Saúde reprodutiva
- Planeamento familiar
- Saúde mental.

As restantes quatro áreas de inquirição, suplementares, foram aplicadas de forma rotativa apenas num dos trimestres de trabalho de campo em 2005/2006, assinalando-se novamente com asterisco (*) aquela que, neste trabalho, contribuiu com variáveis para este trabalho:

Incapacidade de longa duração (aplicada apenas no 1º trimestre)

Actividade física (aplicada apenas no 2º trimestre) *

Saúde oral e cuidados preventivos (aplicada apenas no 3º trimestre)

Qualidade de vida e insegurança alimentar (aplicada apenas no 4º trimestre).

4. Abordagem da população.

As pessoas que responderam ao 4ºINS, como nos inquéritos anteriores, foram inquiridas no domicílio por entrevistadores treinados, utilizando um questionário estruturado, com perguntas fechadas e abertas, adaptado ao método de entrevista assistida por computador.

O questionário foi aplicado por entrevista directa e presencial durante o trabalho de campo que decorreu entre 07 de Fevereiro de 2005 e 05 de Fevereiro de 2006. Neste período procedeu-se à recolha dos dados relativos às pessoas pertencentes a famílias residentes nas unidades de alojamento incluídas na amostra representativa da população portuguesa.

As entrevistas foram efectuadas por entrevistadores treinados em técnicas gerais de entrevista e, também, quanto à metodologia e conteúdos específicos do 4ºINS.

A informação relativa a crianças até aos 14 anos foi sempre fornecida por um adulto residente na unidade de alojamento. No caso de pessoas ausentes ou de pessoas com incapacidade que impedisse a comunicação admitiu-se a resposta dada por informadores privilegiados. Exceptuaram-se as perguntas acerca dos seguintes temas de inquirição:

- Auto-apreciação do estado de saúde em pessoas com idade igual ou superior a 15 anos;
- Satisfação com a última consulta médica, em pessoas com idade igual ou superior a 15 anos;
- Medidas preventivas em saúde oral;
- Despesas de saúde e rendimentos;
- Motivos de cessação ou tentativa de cessação tabágica;
- Rastreio de consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
- Saúde reprodutiva e planeamento familiar;
- Sofrimento psicológico;
- Comportamentos preventivos,
- Qualidade de vida.

As respostas aos temas “rendimento familiar” e “insegurança alimentar” foram dadas por um informador chave com capacidade para representar a família, geralmente a pessoa que mais contribuía para o rendimento familiar.

Refira-se que, no final do trabalho de campo do 4ºINS, se haviam realizado entrevistas a 15457 famílias, correspondendo a 41193 pessoas, residentes em 15239 unidades de alojamento, das 19950 inicialmente previstas. A taxa de realização foi, assim, de 76,4 %, sendo o motivo mais frequente de não realização a “unidade de alojamento não habitada”, facto que se poderá relacionar com uma desactualização da amostra. Refira-se que entre os Censos da população de 2001 e a realização do 4ºINS decorreram cerca de 4 anos.

As recusas contribuíram para 2% da taxa de não realização das entrevistas.

Anexo 2: Questionário utilizado no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

Instrumento de notação do Sistema Estatístico Nacional (Lei nº 6/89), de 15 de Abril, de
RESPOSTA OBRIGATÓRIA. Registrado no INE sob o nº 9636, válido até 5-03-2006.

Todas as informações registadas neste questionário
são **ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAIS** e apenas
serão usadas de acordo com as finalidades deste Inquérito

4ºINS

QUARTO INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE
QUESTIONÁRIO
 Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge / Instituto Nacional de Estatística

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge / Instituto Nacional de Estatística



Anotações - Entrevistador(a)

Anotações - Supervisor(a)

Nº. DE SEMANA DE REALIZAÇÃO
DESTE QUESTIONÁRIO |_|_|

REG _ _	DIST _ _	CONC _ _
FRE _ _	SEC _ _	SBSEC _ _
U.A. _ _	Mês _ _	Ano _ _

Realização da entrevista

- 1 - Entrevista realizada
2 - Entrevista não realizada
3 - Entrevista para recuperação → Fim do Questionário
4 - Entrevista recuperada realizada
5 - Entrevista recuperada não realizada

☐

RESULTADO FINAL DAS ENTREVISTAS

Entrevista completa	c/ 1 visita 1
	c/ 2-3 visitas 2
	c/ 4 ou + visitas 3
Entrevista incompleta	c/ 1 visita 4
	c/ 2-3 visitas 5
	c/ 4 ou + visitas 6
Indique a razão	_____
Entrevista não realizada	c/ 1 visita 7
	c/ 2-3 visitas 8
	c/ 4 ou + visitas 9

☐

CAUSA DE NÃO REALIZAÇÃO

Recusa.....	01
Ausência episódica.....	02
Ausência inferior ou igual a 1 mês.....	03
Ausência de duração desconhecida.....	04
Ausência superior a 1 mês.....	05
UA habitada curto período (férias, etc.).....	06
UA não habitada.....	07
UA dupla.....	08
Não é UA.....	09
Insuficiência de listagem.....	10
Outra situação (indique).....	11

☐

DURAÇÃO DA ENTREVISTA

Hora de início:

Hora de fim:

1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA		1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA																										
<p>QUANTAS FAMÍLIAS TEM A UA ?</p> <p>QUANTOS INDIVÍDUOS TEM A (...) FAMÍLIA ?</p> <p>0. Quem dá a informação deste (...) indivíduo da (...) família</p> <table> <tr> <td>Próprio</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>Cônjuge</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>Mãe</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>Pai</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>Sogro/sogra</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>Avô/avó</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>Filho/filha</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>Neto/neta</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>Irmão/irmã</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>Outra pessoa de família</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Outra pessoa</td> <td>11</td> </tr> </table> <p>Nome</p> <p>Sexo</p> <table> <tr> <td>M</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>2</td> </tr> </table>		Próprio	01	Cônjuge	02	Mãe	03	Pai	04	Sogro/sogra	05	Avô/avó	06	Filho/filha	07	Neto/neta	08	Irmão/irmã	09	Outra pessoa de família	10	Outra pessoa	11	M	1	F	2	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>
Próprio	01																											
Cônjuge	02																											
Mãe	03																											
Pai	04																											
Sogro/sogra	05																											
Avô/avó	06																											
Filho/filha	07																											
Neto/neta	08																											
Irmão/irmã	09																											
Outra pessoa de família	10																											
Outra pessoa	11																											
M	1																											
F	2																											

1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA
<p>1. QUAL É A [SUA] NACIONALIDADE [DO(A) SR(A) _____] ?</p> <p>Portuguesa 1 Estrangeira (indique) 2 Apátrida (sem nacionalidade) 3 → P.3</p> <p>Não sabe 9</p>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p>Código PAÍS</p> </div>
<p>2. TEM DUPLA NACIONALIDADE?</p> <p>Sim (indique) 1 Não 2</p> <p>Não sabe 9</p>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p>Código PAÍS</p> </div>
<p>3. DIGA A [SUA] DATA DE NASCIMENTO [DO(A) SR(A) _____] .</p> <p>(Se não sabe: registre a data aproximada)</p> <p>A [sua] idade é</p>	<div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <p>dia</p> <p>mês</p> <p>ano</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p>anos</p>
<p>4. QUAL É O [SEU] ESTADO CIVIL LEGAL [DO(A) SR(A) _____] ?</p> <p>SOLTEIRO(A) 1</p> <p>CASADO(A) 2</p> <p>CASADO(A) (na situação de separado(a) legalmente de pessoas e bens 3</p> <p>DIVORCIADO (A) 4</p> <p>VIÚVO(A) 5</p> <p>Não sabe 9</p>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div>
<p>(Só para pessoas de 14 e mais anos de idade)</p> <p>5. [O(A) SR(A) _____] VIVE CONJUGALMENTE COM ALGUÉM ?</p> <p>Sim 1 Não 2</p> <p>Não sabe 9</p>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div>

1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA
<p>6. QUAL O NÍVEL DE ENSINO MAIS ELEVADO QUE [O(A) SR(A) ____] FREQUENTA OU, SE JÁ NÃO ESTUDA, QUE FREQUENTOU?</p> <p style="text-align: right;"> Nenhum 01 → P.8 Ensino básico – 1º ciclo 02 Ensino básico – 2º ciclo 03 Ensino básico – 3º ciclo 04 Ensino secundário 05 Ensino pós-secundário 06 Ensino superior – Bacharelato 07 Ensino superior – Licenciatura 08 Ensino superior – Mestrado 09 Ensino superior – Doutoramento ... 10 Não sabe 99 → P.8 </p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<p>7. QUANTOS ANOS DE ESCOLARIDADE COMPLETOU, COM APROVEITAMENTO ?</p> <p style="text-align: right;">Não sabe 99</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<p>8. DAS SEGUINTE CATEGORIAS, QUAL A QUE MELHOR DESCREVE A [SUA] OCUPAÇÃO PRINCIPAL [DO(A) SR(A) _____], NAS <u>DUAS ÚLTIMAS SEMANAS</u> ?</p> <p>EXERCE UMA PROFISSÃO, TEM UM TRABALHO, MESMO QUE NÃO REMUNERADO PARA UMA PESSOA DE FAMÍLIA 01 É ALUNO/ESTUDANTE 02 → P.15 ESTÁ A CUMPRIR O SERVIÇO MILITAR 03 → P.15 OCUPA-SE DAS TAREFAS DOMÉSTICAS (DONA/O DE CASA) 04 → P.15</p> <p>NÃO TEVE OCUPAÇÃO PORQUE ESTÁ: DESEMPREGADO(A) HÁ MENOS DE 1 ANO 05 DESEMPREGADO(A) HÁ 1 ANO E MAIS 06 REFORMADO(A), APOSENTADO(A)..... 07 PERMANENTEMENTE INCAPACITADO(A) 08 DOENTE HÁ 3 MESES OU MAIS..... 09 DOENTE HÁ MENOS DE 3 MESES 10 À PROCURA DO 1º EMPREGO 11 → P.15 EM ESTÁGIO NÃO REMUNERADO 12 DE FÉRIAS 13 IMPEDIDO DEVIDO A CONDIÇÕES ATMOSFÉRICAS 14 NOUTRA SITUAÇÃO DE INACTIVIDADE (INDIQUE) 15</p> <p style="text-align: right;">Não sabe 99</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>

1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA
<p>9. QUAL É [ERA] A [SUA] PROFISSÃO PRINCIPAL [DO(A) SR(A) _____] ?</p> <p>(Indique)</p> <p>Não sabe 0009</p> <p>Não tem ou nunca teve profissão ... 0007 → P.15</p>	<p>_____</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Código PROF</p>
<p>10. QUE TIPO DE TRABALHO FAZ [FAZIA] (PRINCIPAIS TAREFAS) ? (Actividade principal)</p> <p>(Registe uma descrição precisa das principais tarefas)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11. E QUAL É [ERA] A [SUA] SITUAÇÃO NESSA PROFISSÃO [DO(A) SR(A)_____] ?</p> <p>TRABALHA POR CONTA DE OUTREM 1</p> <p>TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA 2</p> <p>TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA COMO EMPREGADOR 3</p> <p>TRABALHA PARA UMA PESSOA DE FAMÍLIA SEM RECEBER 4</p> <p>OUTRA SITUAÇÃO (INDIQUE) 5</p> <p>Não sabe 9</p>	<p><input type="text"/></p> <p>_____</p>
<p>12. DIGA-ME O Nº HABITUAL DE HORAS SEMANAIS QUE TRABALHA [TRABALHAVA] NA PROFISSÃO QUE INDICOU ? (01 a 90)</p> <p>Não sabe 99</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>horas</p>
<p>13. QUAL O TIPO DE ACTIVIDADE A QUE SE DEDICA [DEDICAVA) O ESTABELECIMENTO, ORGANISMO EM QUE TRABALHA [TRABALHAVA] ?</p> <p>(Indique)</p> <p>Não sabe 99</p>	<p>_____</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Código AE</p>
<p>(Faça esta pergunta apenas quando P.11 = 3)</p> <p>14. QUANTOS TRABALHADORES EXERCEM [EXERCIAM] ACTIVIDADE NO ESTABELECIMENTO (UNIDADE LOCAL) ONDE TRABALHA [TRABALHAVA] ?</p> <p>Até 9 trabalhadores 1</p> <p>10 a 24 trabalhadores 2</p> <p>25 a 499 trabalhadores 3</p> <p>500 ou mais trabalhadores 4</p> <p>Não sabe 9</p>	<p><input type="text"/></p>

1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA
DIGA-ME AGORA, POR FAVOR.	
<p>15. [O(A) SR(A) _____] SEMPRE RESIDIU EM PORTUGAL ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2</p> <p>Não sabe 9</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<p>16. É NATURAL DE QUE PAÍS ?</p> <p>Portugal 1</p> <p>Outro (indique) 2</p> <p>Não sabe 9 → A.seg.</p> <p>Nota:</p> <p>Se registou 1 em P.15 e P.16, não faça as perguntas seguintes e inicie a A. Seg.</p> <p>Se registou 1 em P.15 e 2 em P.16, indique qual o país e faça P.19</p> <p>Se registou 2 em P.15 e 1 em P.16, faça apenas as perguntas P.17 e P.18</p> <p>Se registou 2 em P.15 e P.16, indique qual o país e faça P.19</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Código PAÍS</p>
<p>17. QUANTOS ANOS É QUE ESTEVE EMIGRADO(A) ?</p> <p>Menos de 1 ano 000</p> <p>Não sabe 999</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">anos</p>
<p>18. HÁ QUANTOS ANOS É QUE REGRESSOU ?</p> <p>Menos de 1 ano 000</p> <p>Não sabe 999</p> <p>Passe → A.seg.</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">anos</p>
<p>19. HÁ QUANTOS ANOS RESIDE EM PORTUGAL ?</p> <p>Menos de 1 ano 000</p> <p>Não sabe 999</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">anos</p>

2 - INFORMAÇÕES GERAIS DE SAÚDE	2 - INFORMAÇÕES GERAIS DE SAÚDE
<p>(Pergunta para pessoas até 14 anos com informação a ser dada por outrem e para pessoas de <u>15 e mais anos</u>, sendo o <u>próprio</u> a responder)</p> <p>1. DE UMA MANEIRA GERAL, COMO CONSIDERA O [SEU] ESTADO DE SAÚDE [DO(A) _____] ?</p> <p>MUITO BOM 1 BOM 2 RAZOÁVEL 3 MAU 4 OU MUITO MAU 5</p> <p>Não sabe..... 9</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
<p>As <u>duas perguntas seguintes</u> são para pessoas com <u>6 e mais anos</u>. (No caso de se tratar de uma <u>grávida</u>, pergunte a altura e o peso antes da gravidez)</p>	
<p>2. QUAL É A [SUA] ALTURA [DO(A) SR(A) _____] SEM SAPATOS ?</p> <p>Não sabe 999</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: 0; bottom: 0; border-right: 1px solid black; width: 20%;"></div> <div style="position: absolute; left: 20%; top: 0; bottom: 0; border-right: 1px solid black; width: 20%;"></div> <div style="position: absolute; left: 40%; top: 0; bottom: 0; border-right: 1px solid black; width: 20%;"></div> <div style="position: absolute; left: 60%; top: 0; bottom: 0; width: 20%;"></div> </div> <p style="text-align: center;">cm</p>
<p>3. QUANTO PESA [O(A) SR(A) _____] SEM ROUPAS E SEM SAPATOS ?</p> <p>Não sabe 999</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: 0; bottom: 0; border-right: 1px solid black; width: 20%;"></div> <div style="position: absolute; left: 20%; top: 0; bottom: 0; border-right: 1px solid black; width: 20%;"></div> <div style="position: absolute; left: 40%; top: 0; bottom: 0; border-right: 1px solid black; width: 20%;"></div> <div style="position: absolute; left: 60%; top: 0; bottom: 0; width: 20%;"></div> </div> <p style="text-align: center;">kg</p>

2 - INFORMAÇÕES GERAIS DE SAÚDE	2 - INFORMAÇÕES GERAIS DE SAÚDE
<p>4. DE QUAL DAS ENTIDADES QUE VOU REFERIR É [O (A) SR(A) _____] BENEFICIÁRIO EM MATÉRIA DE CUIDADOS DE SAÚDE ?</p> <p>ADSE (ASSIST. DOENÇA SERV. ESTADO) 01</p> <p>SSMJ (SERV. MINIST. JUSTIÇA) 02</p> <p>ADMA (ASSIST. DOENÇA MILIT. ARMADA) 03</p> <p>ADFA (ASSIST. DOENÇA MILIT. FORÇA AÉREA) 04</p> <p>ADME (ASSIST. DOENÇA MILIT. EXÉRCITO) 05</p> <p>SAD/PSP (SERV. ASSIST. DOENÇA À PSP) 06</p> <p>SAD/GNR (SERV. ASSIST. DOENÇA À GNR) 07</p> <p>SAMS (SERV. ACÇÃO MÉD. SOC. BANCÁRIOS) 08</p> <p>SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE 09</p> <p>OUTROS (indique) 10</p> <p>SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE 11</p> <p>Não sabe 99</p> <p>(Quando não indicar nenhum subsistema deverá ser considerado beneficiário do Serviço Nacional de Saúde)</p>	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <hr/>
<p>5. E DOS SERVIÇOS QUE VOU REFERIR, A QUAL É QUE RECORRE MAIS VEZES PARA UTILIZAÇÃO DE BENEFÍCIOS ?</p> <p>ADSE (ASSIST. DOENÇA SERV. ESTADO) 01</p> <p>SSMJ (SERV. MINIST. JUSTIÇA) 02</p> <p>ADMA (ASSIST. DOENÇA MILIT. ARMADA) 03</p> <p>ADFA (ASSIST. DOENÇA MILIT. FORÇA AÉREA) 04</p> <p>ADME (ASSIST. DOENÇA MILIT. EXÉRCITO) 05</p> <p>SAD/PSP (SERV. ASSIST. DOENÇA À PSP) 06</p> <p>SAD/GNR (SERV. ASSIST. DOENÇA À GNR) 07</p> <p>SAMS (SERV. ACÇÃO MÉD. SOC. BANCÁRIOS) 08</p> <p>SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE 09</p> <p>OUTROS (indique) 10</p> <p>Não utiliza 11</p> <p>SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE 12</p> <p>Não sabe 99</p>	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <hr/>
<p>6. E [O (A) SR(A) _____] TEM ALGUM SEGURO DE SAÚDE ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2 → P.8</p> <p>Não sabe 9 → P. 8</p>	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div>

2 - INFORMAÇÕES GERAIS DE SAÚDE	2 - INFORMAÇÕES GERAIS DE SAÚDE
<p>7. QUAIS OS RISCOS CUJA COBERTURA ELE LHE GARANTE ?</p> <p>Apenas internamento 1</p> <p>Internamento, Consultas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica 2</p> <p>Internamento, Consultas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e Medicamentos 3</p> <p>Outras combinações de riscos 4</p> <p>Todos os riscos 5</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>As duas <u>perguntas seguintes</u> são para pessoas com <u>18 e mais anos</u>.</p>	
<p>8. [O (A) SR(A) _____] JÁ ALGUMA VEZ DEU SANGUE ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2 → A.Seg.</p> <p>Não sabe 9 → A. Seg</p>	<input type="checkbox"/>
<p>9. QUANTAS VEZES DEU, NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?</p> <p>(Entre 0 e 4, se do sexo masculino; entre 0 e 3, se do sexo feminino)</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/> vezes

3 – INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	3 - INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
<p>AS PERGUNTAS QUE VOU FAZER EM SEGUIDA SÃO SOBRE ALGUNS ASPECTOS DA SAÚDE DAS PESSOAS, NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS. O QUE NOS INTERESSA SABER É SE AS PESSOAS ESTIVERAM DOENTES, SE SOFRERAM ALGUM ACIDENTE OU SE TIVERAM OUTROS PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SAÚDE.</p>	
<p>(Esta pergunta é só para pessoas de 1 e mais anos)</p> <p>1. [O (A) SR(A) _____], NESTAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS DEIXOU DE FAZER <u>ALGUMA</u> DAS COISAS QUE HABITUALMENTE FAZ, SEJA EM CASA, NO TRABALHO OU NO TEMPO LIVRE [NO DIA-A-DIA], <u>DEVIDO A DOENÇA, ACIDENTE, VIOLÊNCIA OU A MOTIVOS RELACIONADOS COM A SAÚDE</u> (TAIS COMO CONSULTAS, ANÁLISES, RADIOGRAFIAS, TRATAMENTOS, INTERNAMENTOS, ETC.) ? (00 a 14)</p> <p>Nenhum dia 00 → P.4</p> <p>Não sabe 99 → P.4</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-right: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></div> <div style="width: 15px; height: 20px;"></div> </div> <p>dias</p>
<p>(Esta pergunta é só para activos e estudantes)</p> <p>2. QUANTOS DIAS É QUE FALTOU AO TRABALHO [À ESCOLA] ?</p> <p>Não sabe 99</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-right: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></div> <div style="width: 15px; height: 20px;"></div> </div>
<p>(Esta pergunta é só para pessoas de 1 e mais anos)</p> <p>3. E QUANTOS TEVE DE FICAR DE CAMA, TODO O DIA OU A MAIOR PARTE DO DIA ?</p> <p>(<u>Inclua os dias de internamento</u>)</p> <p>Se estive de cama 01 a 14 → P.5</p> <p>Não estive de cama 00 → P.5</p> <p>Não sabe 99 → P.5</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-right: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></div> <div style="width: 15px; height: 20px;"></div> </div> <p>dias</p>

3 - INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	3 - INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
<p>(Faça esta pergunta apenas quando P.1 = 00 ou 99)</p> <p>4. DIGA-ME, ENTÃO, SE NESTAS DUAS SEMANAS [O (A) SR(A) _____] SE SENTIU MAL OU ESTEVE ADOENTADO(A) ?</p> <p>Sim 1 Não 2 → A. seg. Não sabe 9 → A. seg.</p>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div>
<p>5. O QUE TEVE ?</p> <p>(Indique)</p> <p>NOTAS: 1 - Se houver mais do que uma doença, registre a que originou mais dias de incapacidade. 2 - Se houve mais do que 1 lesão, descreva-as. 3 - Se o entrevistado não sabe o nome da doença ou da lesão, registre os primeiros 4 sintomas relatados e coloque um asterisco (*) logo a seguir ao sintoma que o entrevistado referir que mais o incomodou</p> <p>Não sabe 000 0 9 → A. seg</p> <p>Registe o tipo 1 - Acidente ocorrido nas duas últimas semanas 2 – Lesão provocada intencionalmente por outra pessoa (violência) 3 - Parto normal → A. seg. 4 - Outros → P. 7</p>	<div style="text-align: center;"> <hr/> <hr/> <hr/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="text-align: center;">Código</div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="text-align: center;">PAT</div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> Cód. INSA <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> Tipo <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div>
<p>6. QUE TIPO DE ACIDENTE OU LESÃO SOFREU, ENTÃO, NESTAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS ? COMO FOI ? DESCREVA, SE FAZ FAVOR. (Quem, onde e como ?)</p> <p>Não sabe 000 9</p>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="text-align: center;">Código ACI</div> <div style="margin-top: 20px;"> <hr/> <hr/> </div>

3 - INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	3 - INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
<p>7. EM RELAÇÃO AO PROBLEMA QUE REFERIU O QUE É QUE [O (A) SR (A) _____] FEZ NESTAS DUAS SEMANAS?</p> <p>Sim 1 Não 2</p> <p>Não sabe 9</p> <p>TRATAMENTOS CASEIROS (CHÁS, ERVAS OU OUTROS) <input type="checkbox"/></p> <p>MODIFICOU A ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/></p> <p>TOMOU MEDICAMENTOS QUE JÁ CONHECIA <input type="checkbox"/></p> <p>TOMOU MEDICAMENTOS INDICADOS POR PESSOAS CONHECIDAS <input type="checkbox"/></p> <p>TOMOU MEDICAMENTOS INDICADOS POR MÉDICO..... <input type="checkbox"/></p> <p>FEZ ACUPUNCTURA <input type="checkbox"/></p> <p>TRATAMENTOS HOMEOPÁTICOS <input type="checkbox"/></p> <p>TRATAMENTOS OSTEOPÁTICOS <input type="checkbox"/></p> <p>TRATAMENTOS NATUROPÁTICOS <input type="checkbox"/></p> <p>FEZ TRATAMENTOS DE FITOTERAPIA <input type="checkbox"/></p> <p>TRATAMENTOS DE QUIROPRAIXIA <input type="checkbox"/></p> <p>FEZ OUTRA COISA (Indique) <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>(Se 2 em todas as alternativas, registre 1 em «Não fez nada»; caso contrário, registre 2)</p> <p>Não fez nada <input type="checkbox"/></p>	

3 - INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	3 - INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
<p>8. AINDA EM RELAÇÃO A ESSE PROBLEMA, A QUEM RECORREU ?</p> <p>Sim 1 Não 2</p> <p>Não sabe 9</p> <p>MÉDICO <input type="checkbox"/></p> <p>ENFERMEIRO <input type="checkbox"/></p> <p>FARMACÊUTICO <input type="checkbox"/></p> <p>TÉCNICO DE ACUPUNCTURA <input type="checkbox"/></p> <p>HOMEOPATA <input type="checkbox"/></p> <p>OSTEOPATA <input type="checkbox"/></p> <p>NATUROPATA <input type="checkbox"/></p> <p>FITOTERAPEUTA <input type="checkbox"/></p> <p>TÉCNICO DE QUIROPAXIA <input type="checkbox"/></p> <p>ERVANÁRIO <input type="checkbox"/></p> <p>ENDIREITA, CURANDEIRO, VIRTUOSO <input type="checkbox"/></p> <p>OUTRO TÉCNICO DE SAÚDE (Indique) <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>(Se 2 em todas as alternativas, registre 1 em «Não recorreu a ninguém»; caso contrário, registre 2)</p> <p>Não recorreu a ninguém <input type="checkbox"/></p> <p>Se não consultou um médico → A. seg.</p>	
<p>9. A QUE MÉDICO FOI ?</p> <p>ONDE FOI A CONSULTA ?</p> <p>(Indique)</p> <p>Não sabe 99</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Código CUID </div>

4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO	4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO
<u>Área a aplicar somente nas semanas 1 a 13</u>	
Para as pessoas com <u>10 e mais anos</u>	
AS PERGUNTAS QUE SE SEGUEM REFEREM-SE A SITUAÇÕES MUITO PROLONGADAS E CRÓNICAS.	
<p>1. [O(A) SR(A) _____] ESTÁ SEMPRE ACAMADO(A), ISTO É, NÃO CONSEGUE LEVANTAR-SE DA CAMA MESMO QUE POSSA HAVER ALGUÉM QUE O(A) AJUDE A FAZÊ-LO ?</p> <p>Sim 1 Não 2 → P.3</p> <p>Não sabe 9 → P.3</p>	<input type="checkbox"/>
<p>2. DIGA-ME, TAMBÉM, SE CONSEGUE MUDAR DE POSIÇÃO (NA CAMA)?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p> <p>Se respondeu a esta pergunta → P.20</p>	<input type="checkbox"/>
<p>3. [O(A) SR(A) _____] ESTÁ SENTADO (A) NUMA CADEIRA (não uma cadeira de rodas) TODO O DIA (excepto a noite), ISTO É, NÃO CONSEGUE ANDAR MESMO QUE POSSA HAVER ALGUÉM QUE O(A) AJUDE ?</p> <p>Sim 1 → P.20 Não 2</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>

4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO	4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO
<p>4. [O(A) SR(A) _____] ESTÁ LIMITADO(A) À SUA CASA [APARTAMENTO] [ANDAR] (inclua o jardim, no caso de haver) ?</p> <p>Sim 1 Não 2</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>5. QUE DISTÂNCIA [O (A) SR(A) _____] CONSEGUE ANDAR, <u>EM SÍTIO PLANO</u>, SEM PARAR E SEM GRANDE DESCONFORTO [INCÓMODO, MAL-ESTAR] ?</p> <p>- 200 METROS OU MAIS 1 → P.8 - MAIS QUE UNS PASSOS, MAS MENOS DO QUE 200 METROS 2 → P.8 - APENAS UNS POUCOS PASSOS 3 → P.8</p> <p>- Não consegue andar, mas desloca-se sozinho em cadeira de rodas 4 - Não consegue andar, mas desloca-se, com ajuda de outrem , em cadeira de rodas 5</p> <p>Não sabe 9 → P.8</p>	<input type="checkbox"/>
<p>6. E CONSEGUE MUDAR DA CAMA PARA A CADEIRA DE RODAS E DA CADEIRA DE RODAS PARA A CAMA ?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Atenção: Se registou 1 em P.4 e 4 ou 5 em P.5, faça apenas P.13, P.14 e P.16 a P.25</p>	
<p>7. CONSEGUE MUDAR DA CADEIRA DE RODAS PARA UM CARRO E DE UM CARRO PARA A CADEIRA DE RODAS ?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>

4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO	4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO
Atenção: Se registou 1 em P.4 , faça apenas P.10 a P.25	
<p>8. DIGA-ME. [O(A) SR(A) _____] CONSEGUE UTILIZAR TRANSPORTES PÚBLICOS ?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>9. E IR ÀS COMPRAS ?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
Atenção: Se registou 2 em P.4 e 4 ou 5 em P.5, faça apenas P.13, P.14 e P.16 a P.25	
<p>10. [O(A) SR(A) _____] CONSEGUE SUBIR E DESCER UM LANÇO DE ESCADAS DE 12 DEGRAUS (UM 1º ANDAR) ?</p> <p>SEM DESCANSAR 1 PARANDO PARA DESCANSAR 2 OU NÃO CONSEGUE MESMO PARANDO PARA DESCANSAR 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>11. [O(A) SR(A) _____] CONSEGUE DEITAR-SE E LEVANTAR-SE DA CAMA ?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>

4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO	4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO
<p>12. [O(A) SR(A) _____] CONSEGUE SENTAR-SE E LEVANTAR-SE DE UMA CADEIRA ?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>13. [O(A) SR(A) _____] CONSEGUE IR À RETRETE E UTILIZÁ-LA ?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>14. [O(A) SR(A) _____] CONSEGUE ARRUMAR E LIMPAR A CASA ?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
DIGA-ME AGORA, POR FAVOR.	
<p>15. [O(A) SR(A) _____] QUANDO ESTÁ EM PÉ, CONSEGUE DOBRAR-SE E APANHAR, POR EXEMPLO, UM SAPATO DO CHÃO ?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>16. E CONSEGUE PINÇAR, ISTO É, APANHAR UM OBJECTO PEQUENO ?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>

4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO	4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO
<p>17. [O(A) SR(A) _____] CONSEGUE VESTIR-SE E DESPIR-SE ?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>18. CONSEGUE PREPARAR REFEIÇÕES ?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>19. DIGA-ME, AINDA. CONSEGUE LAVAR-SE TOMANDO BANHO ?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 → P.21 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>20. CONSEGUE LAVAR AS MÃOS E A CARA?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>21. E [O(A) SR(A) _____] CONSEGUE COMER (CORTAR A COMIDA, LEVAR OS ALIMENTOS E BEBIDAS À BOCA) ?</p> <p>SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1 SOZINHO, MAS COM DIFICULDADE 2 SÓ COM AJUDA 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>

4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO	4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO
<p>PARA ACABAR ESTAS PERGUNTAS SOBRE DIFICULDADES QUE ALGUMAS PESSOAS TÊM, DIGA-ME:</p>	
<p>22. [O(A) SR(A) _____] CONSEGUE OUVIR UM PROGRAMA DE TV OU DE RÁDIO ? (sem ou com aparelho auditivo)</p> <p>NUM VOLUME QUE NÃO INCOMODE AS OUTRAS PESSOAS 1</p> <p>SÓ COM O VOLUME ALTO 2</p> <p>OU</p> <p>NÃO CONSEGUE OUVIR MESMO COM VOLUME ALTO 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>23. [O(A) SR(A) _____] CONSEGUE VER DE FORMA A RECONHECER UM AMIGO ? (Sem ou com óculos ou lentes de contacto)</p> <p>A UMA DISTÂNCIA DE 4 METROS, DIGAMOS, DO OUTRO LADO DA RUA 1</p> <p>A UMA DISTÂNCIA DE 1 METRO 2</p> <p>OU</p> <p>NÃO CONSEGUE MESMO À DISTÂNCIA DE 1 METRO 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>24. [O(A) SR(A) _____] TEM DIFICULDADES A FALAR ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>

4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO	4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO
<p>Faça esta pergunta quando ocorra pelo menos uma das seguintes situações: P.1 = 1, P.3 = 1, P.4 = 1, P.5 = 2, 3, 4 ou 5, P.6 a P.23 = 2 ou 3, P.24 = 1. Caso contrário → A. Seg.</p>	
<p>25. EM RELAÇÃO AO(S) PROBLEMA(S) QUE REFERIU, DIGA-ME QUAL(QUAIS) O(S) MOTIVO(S) ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2 → A. Seg.</p> <p>Não sabe 9 → A. Seg.</p> <p>ACIDENTE DE VIAÇÃO..... <input type="checkbox"/></p> <p>ACIDENTE DE VIAÇÃO EM TRABALHO <input type="checkbox"/></p> <p>ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/></p> <p>ACIDENTE DOMÉSTICO E DE LAZER <input type="checkbox"/></p> <p>OUTRO ACIDENTE (INDIQUE) <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/></p> <p>DOENÇA PROFISSIONAL <input type="checkbox"/></p> <p>OUTRA DOENÇA <input type="checkbox"/></p>	

4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO	4 - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO
Se houve outro acidente, registre a lesão provocada	<div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div>
	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> </div> <div>Código PAT</div>
	<div>Cód. INSA <div></div></div>
Se houve violência, registre a lesão provocada	<div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div>
	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> </div> <div>Código PAT</div>
	<div>Cód. INSA <div></div></div>
Se houve doença profissional, registre qual	<div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div>
	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> </div> <div>Código PAT</div>
	<div>Cód. INSA <div></div></div>
Se houve outra doença, registre qual	<div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div>
	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> </div> <div>Código PAT</div>
	<div>Cód. INSA </div>

5 - DOENÇAS CRÓNICAS	5 - DOENÇAS CRÓNICAS
AS PERGUNTAS QUE VOU PASSAR A FAZER SÃO SOBRE ALGUMAS DOENÇAS CRÓNICAS.	
<p>1. [O (A) SR(A) _____] TEM OU JÁ TEVE <u>DIABETES</u> (<u>AÇÚCAR NO SANGUE</u>) ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2 → P.10</p> <p>Não sabe 9 → P.10</p>	<input type="checkbox"/>
<p>2. DESDE QUE IDADE TEM ESTA DOENÇA ?</p> <p>(Se não sabe, registre a idade aproximada)</p>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <p>anos</p>
<p>3. FOI ALGUM(A) MÉDICO(A) OU ENFERMEIRO(A) QUE LHE DISSE [AO (A) SR(A) _____] TER ESTA DOENÇA ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>4. TEVE ESTE PROBLEMA NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?</p> <p>Sim, pela primeira vez 1</p> <p>Não 2</p> <p>Sim, mas já tinha antes 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>5. DIGA-ME ENTÃO QUE MEDICAMENTOS TOMOU OU QUE TRATAMENTO FEZ NOS ÚLTIMOS 12 MESES PARA ESTA DOENÇA ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2</p> <p>Não sabe 9</p> <p>Dieta 1</p> <p>Comprimidos 1</p> <p>Insulina 1</p>	<div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>

5 - DOENÇAS CRÓNICAS	5 - DOENÇAS CRÓNICAS
<p>6. QUANTAS VEZES, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, PRECISOU DE RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL OU À URGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE, DEVIDO A AÇÚCAR A MAIS OU A MENOS?</p> <p style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> vezes </p> <p>Nenhuma vez 00</p> <p>Não sabe 99</p>	
<p>7. DIGA-ME AINDA. [O (A) SR(A) _____] TEM O GUIA DO DO DIABÉTICO (LIVRO VERDE DO DIABÉTICO) ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2 → P.10</p> <p>Não sabe 9 → P.10</p>	<input type="text"/>
<p>8. ONDE LHE DERAM ESSE GUIA (LIVRO VERDE) ?</p> <p>No Centro de Saúde 1</p> <p>No Hospital 2</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="text"/>
<p>9. ONDE É QUE COSTUMA UTILIZÁ-LO ?</p> <p>No médico assistente 1</p> <p>Na farmácia 2</p> <p>No hospital 3</p> <p>Não costuma utilizá-lo 4</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="text"/>

5 - DOENÇAS CRÓNICAS	5 - DOENÇAS CRÓNICAS
<p>10. [O (A) SR(A) _____] TEM OU JÁ TEVE <u>ASMA</u> ?</p> <p>Sim 1 Não 2 → P.16</p> <p>Não sabe 9 → P.16</p>	<input type="checkbox"/>
<p>11. DESDE QUE IDADE TEM ESTA DOENÇA ?</p> <p>(Se não sabe, registre a idade aproximada)</p>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <p>anos</p>
<p>12. FOI ALGUM(A) MÉDICO(A) OU ENFERMEIRO(A) QUE DISSE [AO (A) SR(A) _____] TER ESTA DOENÇA ?</p> <p>Sim 1 Não 2</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>13. TEVE ESTE PROBLEMA NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?</p> <p>Sim, pela primeira vez 1 Não 2</p> <p>Sim, mas já tinha antes 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>14. E TOMOU MEDICAMENTOS OU FEZ TRATAMENTO NOS ÚLTIMOS 12 MESES PARA ESTA DOENÇA ?</p> <p>Sim 1 Não 2</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>15. QUANTAS VEZES, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, PRECISOU DE RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL OU À URGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE, DEVIDO À ASMA ?</p> <p>Nenhuma vez 00</p> <p>Não sabe 99</p>	<div> <div></div> <div></div> </div> <p>vezes</p>

5 - DOENÇAS CRÓNICAS	5 - DOENÇAS CRÓNICAS
<p>16. [O (A) SR(A) _____] TEM OU JÁ TEVE <u>TENSÃO ARTERIAL ALTA</u> (HIPERTENSÃO ARTERIAL) ?</p> <p>Sim 1 Não 2 → P.21</p> <p>Não sabe 9 → P.21</p>	<input type="checkbox"/>
<p>17. DESDE QUE IDADE ?</p> <p>(Se não sabe, registre a idade aproximada)</p>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <p>anos</p>
<p>18. FOI ALGUM(A) MÉDICO(A) OU ENFERMEIRO(A) QUE DISSE [AO (A) SR(A) _____] TER TENSÃO ARTERIAL ALTA ?</p> <p>Sim 1 Não 2</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>19. TEVE ESTE PROBLEMA NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?</p> <p>Sim, pela primeira vez 1 Não 2</p> <p>Sim, mas já tinha antes 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>20. DIGA-ME ENTÃO.....</p> <p>QUE MEDICAMENTOS TOMOU OU QUE TRATAMENTOS FEZ NOS ÚLTIMOS 12 MESES PARA ESTA DOENÇA ?</p> <p>Sim 1 Não 2</p> <p>Não sabe 9</p> <p>Dieta Comprimidos</p>	<div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>

5 - DOENÇAS CRÓNICAS	5 - DOENÇAS CRÓNICAS
VOU FAZER AINDA MAIS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OUTRAS DOENÇAS CRÓNICAS.	
<p>21. [O (A) SR(A) _____] TEM OU JÁ TEVE ALGUMA <u>DOR CRÓNICA</u> (DOR CONSTANTE OU REPETITIVA DURANTE, PELO MENOS, TRÊS MESES) ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2 → P.24</p> <p>Não sabe 9 → P.24</p>	<input type="checkbox"/>
<p>22. CONSIDERANDO A QUE O(A) INCOMODA MAIS, EM QUE ZONA DO CORPO É QUE COSTUMA TER ESSA DOR ?</p> <p>Nas costas (em baixo nas cruzes) 1</p> <p>Nas articulações (joelhos, punhos, ancas) 2</p> <p>Na cabeça (dor de cabeça, enxaqueca) 3</p> <p>Outra (indique) 4</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/> <hr/>
<p>23. QUANTOS DIAS É QUE FALTOU AO TRABALHO [À ESCOLA] DEVIDO A ESSA DOR, NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?</p> <p>Não sabe 999</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

5 - DOENÇAS CRÓNICAS	5 - DOENÇAS CRÓNICAS
<p>24. [O (A) SR(A) _____] TEM OU JÁ TEVE <u>ALGUMA OU ALGUMAS DESTAS OUTRAS DOENÇAS CRÓNICAS QUE VOU REFERIR</u> ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2</p> <p>Não sabe 9</p>	
1. DOENÇA REUMÁTICA (OSTEOARTROSE, TENDINITE)	<input type="checkbox"/>
2. OSTEOPOROSE	<input type="checkbox"/>
3. GLAUCOMA	<input type="checkbox"/>
4. RETINOPATIA (DOENÇA DA RETINA)	<input type="checkbox"/>
5. TUMOR MALIGNO OU CANCRO	<input type="checkbox"/>
6. PEDRA NOS RINS.....	<input type="checkbox"/>
7. INSUFICIÊNCIA RENAL.....	<input type="checkbox"/>
8. ANSIEDADE CRÓNICA.....	<input type="checkbox"/>
9. FERIDA CRÓNICA (ÚLCERAS DA PERNA, ESCARAS).....	<input type="checkbox"/>
10. ENFISEMA (DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA), BRONQUITE CRÓNICA.....	<input type="checkbox"/>
11. AVC (ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL).....	<input type="checkbox"/>
12. OBESIDADE.....	<input type="checkbox"/>
13. DEPRESSÃO.....	<input type="checkbox"/>
14. ENFARTE DO MIOCÁRDIO.....	<input type="checkbox"/>
15. OUTRA (indique).....	<input type="checkbox"/>
<p>Nota:</p> <p>- Se registou 2 ou 9 em todas as doenças → A. Seg.</p> <p>- Se registou 1 em alguma(s) doença(s) faça as perguntas seguintes correspondentes a essa(s) doença(s)</p>	

5 - DOENÇAS CRÓNICAS		5 - DOENÇAS CRÓNICAS
<p>25. DESDE QUE IDADE TEM ESTA DOENÇA ? (Se não sabe, registre a idade aproximada)</p>		
Doença 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
Doença 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
Doença 3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
Doença 4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
Doença 5	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
Doença 6	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
Doença 7	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
Doença 8	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
Doença 9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
Doença 10	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
Doença 11	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
Doença 12	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
Doença 13	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
Doença 14	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
Doença 15	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
<p>26. FOI ALGUM(A) MÉDICO(A) OU ENFERMEIRO(A) QUE DISSE [AO (A) SR(A) _____] TER ESTA(S) DOENÇA(S) ?</p> <p>Sim 1 Não 2 Não sabe 9</p>		
Doença 1	<input type="checkbox"/>	
Doença 2	<input type="checkbox"/>	
Doença 3	<input type="checkbox"/>	
Doença 4	<input type="checkbox"/>	
Doença 5	<input type="checkbox"/>	
Doença 6	<input type="checkbox"/>	
Doença 7	<input type="checkbox"/>	
Doença 8	<input type="checkbox"/>	
Doença 9	<input type="checkbox"/>	
Doença 10	<input type="checkbox"/>	
Doença 11	<input type="checkbox"/>	
Doença 12	<input type="checkbox"/>	
Doença 13	<input type="checkbox"/>	
Doença 14	<input type="checkbox"/>	
Doença 15	<input type="checkbox"/>	

5 - DOENÇAS CRÓNICAS	5 - DOENÇAS CRÓNICAS
<p>27. TEVE ESTE(S) PROBLEMA(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?</p> <p>Sim, pela primeira vez 1 Não 2</p> <p>Sim, mas já tinha antes 3 Não sabe 9</p> <p>Doença 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 14 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 15 <input type="checkbox"/></p>	
<p>28. E TOMOU MEDICAMENTOS OU FEZ TRATAMENTO NOS ÚLTIMOS 12 MESES PARA ESTA(S) DOENÇA(S) ?</p> <p>Sim 1 Não 2 Não sabe 9</p> <p>Doença 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 14 <input type="checkbox"/></p> <p>Doença 15 <input type="checkbox"/></p>	

6 - CUIDADOS DE SAÚDE	6 - CUIDADOS DE SAÚDE
<p>GOSTAVA AGORA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE AS CONSULTAS MAIS RECENTES. TANTO FAZ QUE TENHAM SIDO NO CENTRO DE SAÚDE, NO CONSULTÓRIO, EM CASA OU NOUTRO SÍTIO.</p>	
<p>1. NOS ÚLTIMOS <u>TRÊS MESES</u>, QUANTAS VEZES É QUE [O (A) SR(A) _____] CONSULTOU O MÉDICO ?</p> <p>Nenhuma 00 → A. Seg.</p> <p>Não sabe 99</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<p>VAI AGORA LEMBRAR-SE APENAS DA <u>ÚLTIMA VEZ</u> QUE [O (A) SR(A) _____] FOI VISTO(A) PELO MÉDICO</p>	
<p>2. A QUE MÉDICO FOI ? ONDE FOI A CONSULTA ?</p> <p>(Indique)</p> <p>Não sabe 99</p> <p>Atenção: Se a consulta foi em hospital, indique o seu nome →</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; display: inline-block;"></div> </div> <p>Código CUID</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Cód. INSA <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p>
<p>3. FOI UMA CONSULTA DE CLÍNICA GERAL OU DE OUTRA ESPECIALIDADE ?</p> <p>(Indique)</p> <p>Não sabe 99</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; display: inline-block;"></div> </div> <p>Código ESP</p>

6 - CUIDADOS DE SAÚDE	6 - CUIDADOS DE SAÚDE
EM RELAÇÃO A ESTA <u>ÚLTIMA CONSULTA</u> GOSTARIA AINDA DE SABER:	
<p>7. QUANTOS DIAS ESPEROU DESDE QUE FOI MARCADA A CONSULTA ATÉ QUE [O (A) SR(A) _____] FOI VISTO(A) ?</p> <p>Nenhum dia 000 → P.9</p> <p>Não sabe 999 → P.9</p>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; height: 2px;"></div> <div style="position: absolute; left: 0; bottom: 0; right: 0; height: 2px;"></div> </div> <p>dias</p> </div>
<p>8. QUAL A RAZÃO DESTA ESPERA ?</p> <p>Não precisava de ter consulta antes da data marcada 1</p> <p>Não havia vaga 2</p> <p>Não havia médico 3</p> <p>Outra situação (indique) 4</p> <p>Não sabe 9</p>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; height: 2px;"></div> <div style="position: absolute; left: 0; bottom: 0; right: 0; height: 2px;"></div> </div> <p>_____</p> </div>
<p>9. QUANTO TEMPO ESPEROU DESDE A HORA MARCADA ATÉ QUE [O (A) SR(A) _____] FOI ATENDIDO(A) ?</p> <p>Não esperou tempo nenhum 000</p> <p>Não sabe 999</p>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; height: 2px;"></div> <div style="position: absolute; left: 0; bottom: 0; right: 0; height: 2px;"></div> </div> <p>minutos</p> </div>
<p>Atenção: Faça a pergunta seguinte apenas aos indivíduos de <u>15 e mais anos</u> , sendo o <u>próprio</u> a responder</p>	
<p>QUERO VOLTAR A LEMBRAR-LHE QUE AS SUAS RESPOSTAS SÃO CONFIDENCIAIS. GOSTAVA AGORA DE OUVIR A SUA <u>OPINIÃO</u> , TENDO EM ATENÇÃO OS VALORES MUITO BOM, BOM, RAZOÁVEL, MAU OU MUITO MAU.</p>	
<p>DIGA-ME, ENTÃO, EM RELAÇÃO À <u>ÚLTIMA CONSULTA</u> :</p>	
<p>10. COMO CONSIDERA O SERVIÇO PRESTADO PELO MÉDICO ?</p> <p>Muito bom 1</p> <p>Bom 2</p> <p>Razoável 3</p> <p>Mau 4</p> <p>Muito mau 5</p> <p>Não sabe 9</p>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; height: 2px;"></div> <div style="position: absolute; left: 0; bottom: 0; right: 0; height: 2px;"></div> </div> </div>

7 – CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	7 – CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS
ÁREA DE INFORMAÇÃO ELIMINADA APÓS A ANÁLISE DE RESULTADOS DO PRÉ -TESTE	

8 – CONSUMO DE MEDICAMENTOS	8 – CONSUMO DE MEDICAMENTOS
<p>AS DUAS PERGUNTAS SEGUINTE SÃO ACERCA DE MEDICAMENTOS QUE TENHA TOMADO NAS <u>ÚLTIMAS DUAS SEMANAS</u> E QUE TENHAM SIDO RECEITADOS POR UM MÉDICO E COMPRADOS NUMA FARMÁCIA.</p>	
<p>1. DIGA-ME, ENTÃO, SE [O (A) SR(A) _____] TOMOU MEDICAMENTOS RECEITADOS [INCLUINDO PÍLULAS CONTRACEPTIVAS OU OUTRAS HORMONAS, POMADAS, CREMES, INJEÇÕES, VACINAS], NESTAS DUAS SEMANAS ?</p> <p>Sim 1 Não 2 → P.3</p> <p>Não sabe 9 → P.3</p>	<input type="checkbox"/>
<p>2. E FORAM MEDICAMENTOS PARA QUÊ ?</p> <p>Sim 1 Não 2</p> <p>Não sabe 9</p> <p>TENSÃO ARTERIAL ELEVADA OUTRA DOENÇA CARDIOVASCULAR BAIXAR O NÍVEL DE COLESTEROL DIABETES DOR DAS ARTICULAÇÕES (ARTROSES, ARTRITES) DOR DE CABEÇA OU ENXAQUECA OUTRA DOR ANSIEDADE OU NERVOSISMO ASMA BRONQUITE CRÓNICA OU ENFISEMA SINTOMAS ALÉRGICOS (ECZEMA, RINITE) DEPRESSÃO PROBLEMAS DO ESTÔMAGO</p> <p>(Continua)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

8 – CONSUMO DE MEDICAMENTOS	8 – CONSUMO DE MEDICAMENTOS
<p style="text-align: right;">(Continuação)</p> <p>OU FORAM</p> <p>COMPRIMIDOS PARA DORMIR</p> <p>ANTIBIÓTICOS (INCLUA A PENICILINA)</p> <p>(Apenas para mulheres em idade fértil – até 50 anos)</p> <p>PÍLULAS CONTRACEPTIVAS</p> <p>(Apenas para mulheres em idade de menopausa ou depois – 45 anos e mais)</p> <p>HORMONAS PARA MENOPAUSA OU OSTEOPOROSE</p> <p>OUTROS MEDICAMENTOS RECEITADOS PELO MÉDICO</p> <p>Se Sim: PARA QUÊ ?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>
<p>3. DIGA-ME AGORA SE [O (A) SR(A) _____] DURANTE ESTAS DUAS SEMANAS TOMOU MEDICAMENTOS [INCLUINDO VITAMINAS E MINERAIS] NÃO RECEITADOS POR UM MÉDICO ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2 → A. Seg.</p> <p>Não sabe 9 → A. Seg.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>4. E FORAM MEDICAMENTOS PARA QUÊ ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2</p> <p>Não sabe 9</p> <p>DORES</p> <p>CONSTIPAÇÃO, GRIPE OU INFLAMAÇÃO DA GARGANTA</p> <p>SINTOMAS ALÉRGICOS (ECZEMA, RINITE)</p> <p>PROBLEMAS DO ESTÔMAGO</p> <p>OU FORAM</p> <p>VITAMINAS, MINERAIS OU TÓNICOS (FORTIFICANTES)</p> <p>OUTROS MEDICAMENTOS NÃO RECEITADOS POR MÉDICO</p> <p>Se Sim: PARA QUÊ ?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>

9 - SAÚDE ORAL	9 - SAÚDE ORAL
Área a aplicar somente nas semanas 27 a 39	
(As perguntas seguintes são para pessoas com 2 e mais anos)	
AGORA, QUERO FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SAÚDE DA BOCA.	
<p>1. [O (A) SR(A) _____] JÁ CONSULTOU ALGUMA VEZ UM ESTOMATOLOGISTA, DENTISTA, HIGIENISTA OU OUTRO TÉCNICO DE SAÚDE DENTÁRIA ?</p> <p>Sim 1 Não 2 → P.4</p> <p>Não sabe 9 → P.5</p>	<input type="checkbox"/>
<p>2. CONSULTOU - O(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?</p> <p>Sim 1 Não 2 → P. 4</p> <p>Não sabe 9 → P.5</p>	<input type="checkbox"/>
<p>3. QUAL A <u>RAZÃO PRINCIPAL</u> DA ÚLTIMA CONSULTA ?</p> <p>Porque estava com dores ou outra situação de urgência 01 Para extrair um dente 02 Para fazer uma prótese dentária ("placa") 03 Porque queria conhecer o estado de saúde da boca 04 Porque faz todos os anos uma visita ao dentista 05 Para fazer uma higienização ("limpeza") da boca 06 Para aplicar selantes de fissura 07 Por outras razões (indique) 08</p> <p>Não sabe 99</p> <p>Passe → P.5</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <hr/>
<p>4. QUAL A RAZÃO PRINCIPAL PORQUE NÃO CONSULTOU ?</p> <p>Porque não precisou 1 Porque não há dentista na localidade onde mora 2 Porque é difícil marcar uma consulta 3 Porque é muito caro 4 Por outras razões (indique) 5</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/> <hr/>

9 - SAÚDE ORAL	9 - SAÚDE ORAL
DIGA-NOS, AGORA	
<p>5. [O (A) SR(A) _____] TEM PRÓTESE DENTÁRIA (“PLACA”) ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2 → P.8</p> <p>Não sabe 9 → P. 8</p>	<input type="checkbox"/>
<p>6. QUE TIPO DE PRÓTESE DENTÁRIA (“PLACA”) É ?</p> <p>“Placa” total 1</p> <p>“Placa” parcial 2</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>7. ESCOVA A PRÓTESE DENTÁRIA (“PLACA”) QUANTAS VEZES POR DIA ?</p> <p>Não escova 1</p> <p>Escova menos de uma vez por dia (ocasionalmente) .. 2</p> <p>Uma vez por dia 3</p> <p>Mais de uma vez por dia 4</p> <p>Não sabe 9</p> <p>Atenção: Se registou 1 em P.6 (“placa” total) → P. 12</p>	<input type="checkbox"/>
<p>8. [O (A) SR(A) _____] ESCOVA OS DENTES ?</p> <p>NUNCA 1 → P. 12</p> <p>ÀS VEZES 2</p> <p>UMA VEZ AO DIA 3</p> <p>DUAS VEZES AO DIA 4</p> <p>MAIS DE DUAS VEZES AO DIA 5</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>9. E [O (A) SR(A) _____] ESCOVA ANTES DE SE DEITAR ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2.</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>

9 - SAÚDE ORAL	9 - SAÚDE ORAL
<p>10. ALÉM DA PASTA DENTÍFRICA E DA ESCOVA USA MAIS ALGUM PRODUTO PARA A SUA HIGIENE ORAL ?</p> <p>Sim 1 Não 2 → P.12 Não sabe 9 → P. 12</p>	<input type="checkbox"/>
<p>11. DIGA-ME, ENTÃO, O QUE É QUE [O (A) SR(A) _____] UTILIZA ?</p> <p>Sim 1 Não 2 Não sabe 9</p> <p>FIO DENTÁRIO ESCOVILHÕES LÍQUIDO PARA BOCHECHAR OUTROS PRODUTOS (indique)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <hr/>
<p>Atenção: Faça as perguntas P.12 e P.13 apenas aos indivíduos de <u>15 e mais anos</u> , sendo o <u>próprio</u> a responder</p>	
<p>GOSTAVA AGORA DE OUVIR A SUA <u>OPINIÃO E O QUE FAZ</u> RELATIVAMENTE A PROBLEMAS DOS DENTES QUE AS PESSOAS COSTUMAM TER. DIGA-ME:</p>	
<p>12. COMO SE PODEM PREVENIR AS DOENÇAS DA BOCA E E DOS DENTES ?</p> <p>Escovando os dentes 1 Evitando comer alimentos açucarados 2 Não se podem evita 3 Outra razão (indique) 4 Não sabe 9 Atenção: Se registou 1 em P.6 (“placa” total) → A. Seg.</p>	<input type="checkbox"/> <hr/>
<p>13. EVITA COMER ALIMENTOS AÇUCARADOS PARA PREVENIR PROBLEMAS COM OS SEUS DENTES, PRINCIPALMENTE A CÁRIE DENTÁRIA ?</p> <p>SEMPRE 1 MUITAS VEZES 2 ALGUMAS VEZES 3 POUCAS VEZES 4 NUNCA 5 Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>

10 - DESPESAS E RENDIMENTOS	10 – DESPESAS E RENDIMENTOS
<p>QUERIA AGORA FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS GASTOS QUE ESTA FAMÍLIA FEZ COM A SAÚDE NAS <u>ÚLTIMAS DUAS SEMANAS</u>:</p> <p>Instruções: Considere as verbas <u>realmente</u> despendidas nestas 2 semanas, mesmo que os actos a que elas correspondem tenham sido anteriores às 2 semanas em causa.</p> <p>Quando não seja possível individualizar uma despesa feita por vários membros da família, divida o total pelo número de pessoas a que se refere e atribua o valor encontrado a cada uma dessas pessoas. Se não há a certeza de certas verbas inscreva a aproximada.</p> <p>DIGA-ME: QUANTO É QUE [O (A) SR(A) _____] GASTOU:</p> <p>Se não houve despesa 0000</p> <p>Não sabe 9999</p>	
<p>1. COM CONSULTAS DE URGÊNCIA OU COM OUTRAS CONSULTAS ?</p> <p>2. NESTAS 2 SEMANAS QUANTO GASTOU EM ANÁLISES E OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO, TAIS COMO: RADIOGRAFIAS, ECOGRAFIAS, MAMOGRAFIAS OU ELECTROCARDIOGRAMAS, POR EXEMPLO ?</p> <p>3. DIGA-ME, QUANTO GASTOU COM MEDICAMENTOS</p> <p>4. E COM OUTROS TRATAMENTOS, COMO POR EXEMPLO, CIRURGIAS, TRATAMENTOS DE FISIOTERAPIA, TRATAMENTOS DENTÁRIOS, ETC...</p> <p>5. E QUANTO GASTOU COM OUTROS TRATAMENTOS, EXAMES ESPECIAIS OU OUTRAS DESPESAS QUE EU NÃO TENHA PERGUNTADO? (INCLUA DESPESAS DE TRANSPORTE)</p> <p>(indique)</p>	<p>euros</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

10 - DESPESAS E RENDIMENTOS	10 – DESPESAS E RENDIMENTOS
<p>6. NESTAS 2 SEMANAS, QUANTO É QUE [O (A) SR(A) _____] RECEBEU EM <u>SUBSÍDIOS OU COMPARTICIPAÇÕES</u> POR CONSULTAS, INTERNAMENTOS, OPERAÇÕES, TRATAMENTOS OU OUTRAS DESPESAS QUE TENHA FEITO ?</p> <p>Se não houve subsídios / participações0000</p> <p>Não sabe 9999</p>	<div style="text-align: center;"> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <p>euros</p> </div>
<p>7. VOU AGORA MOSTRAR UM CARTÃO (Cartão nº1) E PEÇO O FAVOR DE ME INDICAR QUAL A LETRA QUE MAIS SE APROXIMA DO RENDIMENTO (GANHO) TOTAL DESTA FAMÍLIA <u>NO MÊS PASSADO</u>. INCLUA NESSE RENDIMENTO OS ORDENADOS, SALÁRIOS, HONORÁRIOS, RENDAS E PENSÕES, ABONOS, SUBSÍDIOS, ETC., DE TODAS AS PESSOAS.</p> <p>1 - Considere o Rendimento Líquido Total</p> <p>2 - Registe <u>em cada um</u> dos elementos da família a <u>soma</u> dos rendimentos individuais.)</p> <div style="text-align: right;"> A 01 B 02 C 03 D 04 E 05 F 06 G 07 H 08 I 09 J 10 </div> <p>Não sabe 99</p> <p>Não quer responder 96</p>	<div style="text-align: center;"> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>

11 - CONSUMO DE TABACO	11 - CONSUMO DE TABACO
Para as pessoas com <u>10 e mais anos</u>	
<p>1. [O (A) SR(A) _____] FUMA ?</p> <p>DIARIAMENTE 1 OCASIONALMENTE 2 OU NÃO FUMA 3 → P. 7</p> <p>Não sabe 9 → P. 7</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
<p>2. E, EM RELAÇÃO ÀS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, [O (A) SR(A) _____] FUMOU ?</p> <p>DIARIAMENTE 1 OCASIONALMENTE 2 OU NÃO FUMOU 3</p> <p>Não sabe 9</p> <p>Se P.1 = 2 e P.2 = 2 → P.6 Se P.1 = 2 e P.2 = 3 → P.6</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
<p>3. O QUE É QUE FUMA HABITUALMENTE ? CIGARROS, CACHIMBO ... ?</p> <p>Só cigarros 1 Cigarros e cachimbo 2 Só cachimbo 3 → P. 5 Só charutos 4 → P. 5</p> <p>Não sabe 9 → A. Seg.</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
<p>4. QUANTOS CIGARROS FUMA, EM MÉDIA, POR DIA ?</p> <p>Não sabe 999</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; justify-content: space-between;"> </div> <div style="text-align: center;">cigarros</div>
<p>5. DESDE QUE IDADE [O (A) SR(A) _____] FUMA ?</p> <p>(Se "não sabe" peça a idade aproximada)</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; justify-content: space-between;"> </div> <div style="text-align: center;">anos</div>

11 - CONSUMO DE TABACO	11 - CONSUMO DE TABACO
<p>6. E HÁ <u>DOIS ANOS ATRÁS</u> FUMAVA MENOS, O MESMO OU MAIS ?</p> <p>Fumava menos 1 Fumava o mesmo 2 Fumava mais 3 Não fumava 4</p> <p>..... 9</p> <p>(Se respondeu a esta pergunta → P.11)</p>	<div></div>
<p>7. JÁ ALGUMA VEZ [O (A) SR(A)] FUMOU ?</p> <p>DIARIAMENTE 1 OCASIONALMENTE 2 → P. 9 OU NUNCA FUMOU 3 → P.14</p> <p>..... 9 → P.14</p>	<div></div>
<p>8. QUANTOS CIGARROS FUMAVA, EM MÉDIA, POR DIA ?</p> <p>Não fumava cigarros 000 999</p>	<div></div> <div>cigarros</div>
<p>9. COM QUE IDADE COMEÇOU A FUMAR ?</p> <p>(Se "Não sabe" peça a idade aproximada)</p>	<div></div> <div>anos</div>
<p>10. COM QUE IDADE [O (A) SR(A)] DEIXOU DE FUMAR ?</p> <p>(Se "Não sabe" peça a idade aproximada)</p> <p>(Se respondeu a esta pergunta → P.13, quando se trata de pessoa com 15 e mais anos e sendo o próprio a responder; caso contrário → P.14)</p>	<div></div> <div>anos</div>

11 - CONSUMO DE TABACO	11 - CONSUMO DE TABACO
<p>11. [O (A) SR(A) _____] JÁ ALGUMA VEZ TENTOU DEIXAR DE FUMAR ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2 → P. 14</p> <p>Não sabe 9 → P. 14</p>	<input type="checkbox"/>
<p>12. QUANTAS VEZES TENTOU DEIXAR DE FUMAR ATÉ AGORA ?</p> <p>Uma vez 1</p> <p>Duas a três vezes 2</p> <p>Mais de três vezes 3</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Atenção: Faça a pergunta P.13 apenas aos indivíduos de <u>15 e mais anos</u> , sendo o <u>próprio</u> a responder</p>	
<p>13. POR QUE RAZÃO DEIXOU DE FUMAR [POR QUE RAZÃO TENTOU DEIXAR DE FUMAR DA ÚLTIMA VEZ] ?</p> <p>LEIA CADA UMA DAS RAZÕES E <u>ESCOLHA SÓ UMA</u> – A MAIS DECISIVA PARA SI.</p> <p>(Mostrar cartão nº 2)</p> <p>NÃO GOSTAR DO MAU CHEIRO DO FUMO 01</p> <p>MEDO DE PROBLEMAS DE SAÚDE 02</p> <p>FALTA DE DINHEIRO 03</p> <p>DEIXEI DE GOSTAR 04</p> <p>CONSELHO DO MÉDICO 05</p> <p>NÃO GOSTAVA DA MINHA DEPENDÊNCIA DO TABACO 06</p> <p>POR CONHECER PESSOAS DOENTES DEVIDO AO TABACO 07</p> <p>DESEJAR TER BOA CONDIÇÃO FÍSICA 08</p> <p>PORQUE ALGUNS DOS MEUS AMIGOS DEIXARAM DE FUMAR 09</p> <p>PORQUE A MINHA FAMÍLIA ME FORÇOU 10</p> <p>POR OUTRA RAZÃO (INDIQUE) 11</p> <p>Não sabe 99</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>

11 - CONSUMO DE TABACO	11 - CONSUMO DE TABACO
<p>14. AO LONGO DA SEMANA, [O (A) SR(A) _____] QUANTO TEMPO ESTÁ EM ESPAÇOS FECHADOS JUNTO DE FUMADORES ?</p> <p>SEMPRE 1 A MAIOR PARTE DO TEMPO 2 BASTANTE TEMPO 3 ALGUM TEMPO 4 POUCO TEMPO 5 OU NUNCA 6</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>(Faça esta pergunta apenas quando P.1 = 1 ou 2)</p> <p>15. [O (A) SR(A) _____] EVITA FUMAR NA PRESENÇA DE PESSOAS QUE NÃO FUMEM?</p> <p>SEMPRE 1 MUITAS VEZES 2 ALGUMAS VEZES 3 POUCAS VEZES 4 OU NUNCA 5</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>(Faça esta pergunta apenas quando P.1 = 3)</p> <p>16. [O (A) SR(A) _____] CHAMA A ATENÇÃO OU PEDE AOS FUMADORES QUE EVITEM FUMAR NA SUA PRESENÇA ?</p> <p>SEMPRE 1 MUITAS VEZES 2 ALGUMAS VEZES 3 POUCAS VEZES 4 OU NUNCA 5</p> <p>Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>

12 - CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS	12 - CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS
<p>5. QUAL É A GORDURA MAIS FREQUENTEMENTE USADA NA CONFEÇÃO DAS [SUAS] REFEIÇÕES [DO (A) SR(A) ____] ? <u>ESCOLHA SÓ UMA.</u></p> <p>ÓLEO VEGETAL 01 AZEITE 02 MARGARINA 03 MANTEIGA 04 BANHA 05</p> <p>Não se usa gordura 06 Não se cozinha em casa 07</p> <p>Não sabe 99</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
<p>AGORA, QUERO AINDA FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O QUE AS PESSOAS COSTUMAM BEBER. DIGA-ME, ENTÃO.</p>	
<p>6. [O(A) SR(A) _____] TOMOU, <u>DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES</u>, ALGUMA DAS BEBIDAS QUE VOU DIZER ?</p> <p>Sim 1 Não 2</p> <p>Não sabe 9</p> <p>VINHO CERVEJA BAGAÇO/AGUARDENTE/BRANDY VINHO DO PORTO/MARTINI/LICORES WHISKY/GIN/VODKA</p> <p>(Se 2 em alguma posição não faça a pergunta correspondente a essa bebida, relativa ao período da última semana) (Se 2 em todas as posições → A. Seg.)</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>

12 - CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS	12 - CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS
AGORA, PEÇO PARA SE LEMBRAR APENAS DO QUE ACONTECEU NA ÚLTIMA SEMANA (7 DIAS). DIGA-ME ENTÃO.	
<p>7. QUANTOS DIAS BEBEU <u>VINHO</u> ?</p> <p>Não bebeu 00 → P. 9 Não sabe 99 → P. 9</p>	<div> <div></div> <div></div> </div>
<p>8. QUANTOS DESTES COPOS (OU GARRAFAS) É QUE BEBEU, EM MÉDIA, POR DIA ? (Mostrar cartão nº 3)</p> <p>Não sabe 9.99; 9.999</p>	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>copos/garrafas</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>capacidade</div> </div>
<p>9. E EM QUANTOS DIAS É QUE BEBEU <u>CERVEJA</u>?</p> <p>Não bebeu 00 → P. 11 Não sabe 99 → P. 11</p>	<div> <div></div> <div></div> </div>
<p>10. QUANTOS COPOS (OU GARRAFAS) BEBEU, EM MÉDIA, POR DIA ? (Mostrar cartão nº 4)</p> <p>Não sabe 9.99; 9.999</p>	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>copos/garrafas</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>capacidade</div> </div>
<p>11. AINDA RELATIVAMENTE À ÚLTIMA SEMANA (7 DIAS), EM QUANTOS DIAS É QUE [O (A) SR(A) _____] <u>BEBEU BAGAÇO/AGUARDENTE/ BRANDY</u> ?</p> <p>Não bebeu 00 → P. 13 Não sabe 99 → P. 13</p>	<div> <div></div> <div></div> </div>
<p>12. QUANTOS DESTES COPOS BEBEU, EM MÉDIA, POR DIA ? (Mostrar cartão nº 5)</p> <p>Não sabe 9.99; 9.999</p>	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>copos</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>capacidade</div> </div>

12 - CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS	12 - CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS
<p>13. E <u>VINHO DO PORTO/MARTINI/LICORES</u>, EM QUANTOS DIAS É QUE BEBEU ?</p> <p>Não bebeu 00 → P. 15</p> <p>Não sabe 99 → P. 15</p>	<div> <div></div> <div></div> </div>
<p>14. QUANTOS COPOS BEBEU, EM MÉDIA, POR DIA ? (Mostrar cartão nº 6)</p> <p>Não sabe 9.99; 9.999</p>	<div> <div> <div></div> <div>.</div> <div></div> <div></div> </div> <div>copos</div> </div> <div> <div> <div></div> <div>.</div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>capacidade</div> </div>
<p>15. POR ÚLTIMO, DIGA-ME, NA ÚLTIMA SEMANA (7 DIAS), QUANTOS DIAS É QUE [O (A) SR(A) _____] BEBEU <u>WHISKY/GIN/VODKA</u> ?</p> <p>Não bebeu 00 → P.17</p> <p>Não sabe 99 → P.17</p>	<div> <div></div> <div></div> </div>
<p>16. QUANTOS DESTES COPOS BEBEU, EM MÉDIA, POR DIA ? (Mostrar cartão nº 7)</p> <p>Não sabe 9.99; 9.999</p>	<div> <div> <div></div> <div>.</div> <div></div> <div></div> </div> <div>copos</div> </div> <div> <div> <div></div> <div>.</div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>capacidade</div> </div>
Se registou 00 em P.7, P.9, P.11, P.13 e P.15 → A. Seg.	
PARA ACABAR ESTAS PERGUNTAS, GOSTARIA AINDA DE SABER.	

12 - CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS	12 - CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS
<p>17. NA ÚLTIMA SEMANA (7 DIAS) [O (A) SR(A) _____] EM QUANTOS DIAS TOMOU ESSA(S) BEBIDA(S) ... ?</p> <p>Nenhum00</p> <p>Não sabe 99</p> <p>SOZINHO <input type="text"/></p> <p>NUM BAR, TABERNA OU CAFÉ <input type="text"/></p> <p>NUM ACONTECIMENTO DESPORTIVO OU OUTRA DIVERSÃO <input type="text"/></p> <p>AO ALMOÇO <input type="text"/></p> <p>AO JANTAR <input type="text"/></p> <p>ANTES DE CONDUZIR UM AUTOMÓVEL OU MOTORIZADA <input type="text"/></p>	<p>Dias</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>
<p>18. DIGA-ME, ENTÃO. ACHA QUE BEBEU MENOS, O MESMO OU MAIS AO FIM-DE-SEMANA, EM COMPARAÇÃO COM OS DIAS DA SEMANA?</p> <p>Bebeu menos 1</p> <p>Bebeu o mesmo 2</p> <p>Bebeu mais 3</p> <p>Não bebeu ao fim-de-semana 4</p> <p>Não sabe 9</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>Atenção: Se registou dias em P.7 ou P.9 ou P.11 ou P.13 ou P.15, faça as perguntas seguintes apenas aos indivíduos de <u>15 e mais anos</u> , sendo o <u>próprio</u> a responder</p>	
<p>LEMBRANDO-O(A) QUE AS SUAS RESPOSTAS SÃO CONFIDENCIAIS, DIGA-ME POR FIM.</p>	
<p>19. ALGUMA VEZ SENTIU QUE DEVERIA REDUZIR O SEU CONSUMO DE ÁLCOOL ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	<p><input type="text"/></p>

12 - CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS	12 - CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS
<p>20. ALGUMA VEZ SE SENTIU ABORRECIDO POR OUTRAS PESSOAS CRITICAREM O SEU CONSUMO DE ÁLCOOL ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	<input type="checkbox"/>
<p>21. ALGUMA VEZ SE SENTIU MAL OU CULPADO EM RELAÇÃO AO SEU CONSUMO DE ÁLCOOL ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	<input type="checkbox"/>
<p>22. ALGUMA VEZ CONSUMIU BEBIDAS ALCOÓLICAS LOGO DE MANHÃ PARA ACALMAR OS SEUS NERVOS, PARA SE LIVRAR DE UMA RESSACA OU PARA COMEÇAR O DIA ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	<input type="checkbox"/>

13 – SAÚDE REPRODUTIVA E PLANEAMENTO FAMILIAR	13 - SAÚDE REPRODUTIVA																
Pergunte a <u>todas as mulheres com idade entre os 15 e os 55 anos</u> , sendo a própria a responder.																	
GOSTAVA AGORA QUE ME RESPONDESSE A UMAS PERGUNTAS QUE COSTUMAMOS FAZER A MULHERES COM IDADE DE PODEREM TER FILHOS.																	
<p>1. JÁ ESTEVE GRÁVIDA ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2 → P. 7</p> <p>Actualmente está grávida 3</p>	<input type="checkbox"/>																
<p>2. DIGA A DATA DE NASCIMENTO DO SEU FILHO (A) MAIS NOVO.</p> <p>Se não tem filhos 7 → P. 7</p> <p>Se não sabe: registre a data aproximada</p> <p>Portanto, a idade é</p> <p>Se a criança tem mais de 5 anos → P. 7</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>dia</td><td>mês</td><td>ano</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>anos</td><td></td> </tr> </table>							dia	mês	ano						anos	
dia	mês	ano															
anos																	
<p>3. FOI A ALGUMA CONSULTA ANTES DE ENGRAVIDAR PARA PREPARAR A GRAVIDEZ DESTE FILHO MAIS NOVO ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	<input type="checkbox"/>																
<p>4. QUANTO TEMPO AMAMENTOU <u>EM EXCLUSIVO</u> O SEU BEBÉ ?</p> <p>Até 7 dias 1</p> <p>Até 1 mês..... 2</p> <p>Até 2 meses..... 3</p> <p>Até 3 meses..... 4</p> <p>Até 6 ou mais meses..... 5</p> <p>Não amamentou..... 6</p>	<input type="checkbox"/>																
<p>5. O BEBÉ TOMOU BIBERÃO ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2 → P. 7</p>	<input type="checkbox"/>																
<p>6. COM QUANTOS MESES É QUE O BEBÉ COMEÇOU A TOMAR BIBERÃO ?</p> <p>Menos de 1 mês 00</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>meses</td><td></td> </tr> </table>			meses													
meses																	

13 – SAÚDE REPRODUTIVA E PLANEAMENTO FAMILIAR	13 - SAÚDE REPRODUTIVA
<p>9. EM QUE LOCAL FAZ A VIGILÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DO MÉTODO CONTRACEPTIVO ?</p> <p>Centro de Saúde 1</p> <p>Maternidade / Hospital 2</p> <p>Consultório / Clínica Privada 3</p> <p>Outro (indique) 4</p> <p>Não faz 5</p> <p>Passe → P.11</p>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <hr/>
<p>10. POR QUE RAZÃO ?</p> <p>Está a amamentar 01</p> <p>Está grávida 02</p> <p>Não está grávida e não quer engravidar 03</p> <p>Quer engravidar 04</p> <p>Não tem actividade sexual actualmente 05</p> <p>Razões de saúde 06</p> <p>Não sabia que podia evitar 07</p> <p>Não sabia onde se informar 08</p> <p>Tem medo que lhe faça mal 09</p> <p>O marido/companheiro não quer 10</p> <p>Infertilidade da própria 11</p> <p>Infertilidade do marido/companheiro 12</p> <p>Está na menopausa 13</p> <p>Outra (indique) 14</p>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <hr/>
<p>11. JÁ ALGUMA VEZ UTILIZOU A CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (PÍLULA DO DIA SEGUINTE) ?</p> <p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div>

14 – ACTIVIDADE FÍSICA	14 – ACTIVIDADE FÍSICA
<u>Área a aplicar somente nas semanas 14 a 26</u>	
Para pessoas com <u>15 e mais anos</u> (com exclusão de pessoas com <i>handicap</i> – P.0 = 1)	
<p>0. [O(A) SR(A) _____] ESTÁ SEMPRE ACAMADO(A) OU SENTADO(A) NUMA CADEIRA TODO O DIA OU LIMITADO(A) À SUA CASA ?</p> <p style="text-align: right;"> Sim 1 → A. Seg. Não 2 Não sabe 9 → A. Seg. </p>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
<p>TEM MUITO INTERESSE SABER QUE ACTIVIDADE FÍSICA AS PESSOAS FAZEM NO SEU DIA A DIA. ASSIM, VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O TEMPO GASTO EM ACTIVIDADES FÍSICAS NOS ÚLTIMOS 7 DIAS. MESMO QUE NÃO [SE] CONSIDERE [O(A) SR(A) _____] UMA PESSOA ACTIVA, GOSTARIA QUE PENSASSE NAS ACTIVIDADES FEITAS NO TRABALHO, EM CASA, NO JARDIM OU NA HORTA, NA DESLOCAÇÃO DE UM LUGAR PARA OUTRO E AINDA NOS TEMPOS LIVRES EM EXERCÍCIO OU DESPORTO.</p>	
<p>PENSE EM TODAS AS ACTIVIDADES VIGOROSAS (ENÉRGICAS) QUE PRECISARAM DE UM ESFORÇO FÍSICO DURO (DIFÍCIL) E QUE [O(A) SR(A) _____] FEZ NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, INCLUINDO A ACTIVIDADE PROFISSIONAL.</p> <p>ENTENDE-SE POR ACTIVIDADES VIGOROSAS AQUELAS QUE FAZEM RESPIRAR MAIS FORTEMENTE DO QUE O NORMAL E PODEM INCLUIR LEVANTAR CARGAS PESADAS, CAVAR A TERRA, FAZER GINÁSTICA AERÓBICA, CORRER, NADAR, JOGAR FUTEBOL OU ANDAR DE BICICLETA RAPIDAMENTE.</p> <p>GOSTARIA, ENTÃO, QUE PENSASSE APENAS NESSAS ACTIVIDADES FÍSICAS QUE FEZ PELO MENOS DURANTE 10 MINUTOS DE UMA VEZ.</p> <p>1. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, EM QUANTOS DIAS FEZ ACTIVIDADES FÍSICAS VIGOROSAS ?</p> <p style="text-align: right;"> Nenhum dia 00 → P. 4 Não sabe 99 → P. 4 </p>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
<p>2. QUANTO TEMPO NO TOTAL GASTOU HABITUALMENTE <u>EM 1 DESSES DIAS</u>, FAZENDO ACTIVIDADES FÍSICAS VIGOROSAS ?</p> <p style="text-align: right;">Não sabe porque o seu padrão varia muito de dia para dia..... 99.99</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-right: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> h <div style="border-right: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> m </div> <p style="text-align: center;">por dia</p>

14 – ACTIVIDADE FÍSICA	14 – ACTIVIDADE FÍSICA
<p>(Faça esta pergunta apenas quando P.2=99.99)</p> <p>3. ENTÃO, QUAL FOI O TEMPO TOTAL QUE GASTOU DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, FAZENDO ACTIVIDADES FÍSICAS VIGOROSAS ?</p> <p>Não sabe 99.99</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m na semana</p>
<p>AGORA, PENSE NAS ACTIVIDADES QUE PRECISARAM DE UM ESFORÇO FÍSICO MODERADO QUE [O(A) SR(A) _____] FEZ NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, INCLUINDO A ACTIVIDADE PROFISSIONAL.</p> <p>AS ACTIVIDADES FÍSICAS MODERADAS FAZEM RESPIRAR UM POUCO MAIS FORTEMENTE DO QUE O NORMAL E PODEM INCLUIR TRANSPORTAR CARGAS LEVES, ANDAR DE BICICLETA DEVAGAR, ESFREGAR A CASA, ASPIRAR, CUIDAR DO JARDIM, CAÇAR. NÃO INCLUI O ANDAR.</p> <p>MAIS UMA VEZ, PENSE APENAS NESSAS ACTIVIDADES FÍSICAS QUE FEZ PELO MENOS DURANTE 10 MINUTOS DE UMA VEZ.</p> <p>4. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, EM QUANTOS DIAS FEZ ACTIVIDADES FÍSICAS MODERADAS ?</p> <p>Nenhum dia 00 → P. 7</p> <p>Não sabe 99 → P. 7</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>5. QUANTO TEMPO NO TOTAL GASTOU HABITUALMENTE <u>EM 1 DESSES DIAS</u>, FAZENDO ACTIVIDADES FÍSICAS MODERADAS ?</p> <p>Não sabe porque o seu padrão varia muito de dia para dia 99.99</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m por dia</p>
<p>(Faça esta pergunta apenas quando P.5 = 99.99)</p> <p>6. ENTÃO, QUAL FOI O TEMPO TOTAL QUE GASTOU DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, FAZENDO ACTIVIDADES FÍSICAS MODERADAS ?</p> <p>Não sabe 99.99</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m por semana</p>

14 – ACTIVIDADE FÍSICA	14 –ACTIVIDADE FÍSICA
<p>PENSE NO TEMPO GASTO A ANDAR NOS ÚLTIMOS 7 DIAS. ISTO INCLUI ANDAR NO TRABALHO E EM CASA, DESLOCAR-SE DE UM LUGAR PARA OUTRO E AINDA O ACTO DE CAMINHAR SOMENTE POR RECREAÇÃO, DESPORTO, EXERCÍCIO OU LAZER.</p> <p>7. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, EM QUANTOS DESSES DIAS ANDOU PELO MENOS 10 MINUTOS DE UMA VEZ ?</p> <p>Nenhum dia 00 → P. 10</p> <p>Não sabe 99 → P. 10</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<p>8. QUANTO TEMPO NO TOTAL GASTOU HABITUALMENTE <u>EM 1 DESSES DIAS</u>, A ANDAR ?</p> <p>Não sabe porque o seu padrão varia muito de dia para dia 99.99</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> h <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> m por dia
<p>(Faça esta pergunta apenas quando P.8=99.99)</p> <p>9. ENTÃO, QUAL FOI O TEMPO TOTAL QUE GASTOU DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, A ANDAR ?</p> <p>Não sabe 99.99</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> h <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> m na semana
<p>AGORA, PENSE NO TEMPO GASTO SENTADO NOS DIAS ÚTEIS DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS. INCLUA O TEMPO GASTO NO TRABALHO, EM CASA, ENQUANTO FAZ O TRABALHO CORRENTE E DURANTE O TEMPO DE LAZER. INCLUA AINDA O TEMPO GASTO COM COISAS TAIS COMO ESTAR SENTADO A UMA SECRETÁRIA, ESTAR EM VISITA EM CASA DE AMIGOS, LER OU ESTAR SENTADO OU EM REPOUSO VENDO TELEVISÃO OU OUVINDO MÚSICA. (INCLUI O TEMPO GASTO ESTANDO DEITADO, MAS ACORDADO).</p> <p>10. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, QUANTO TEMPO NO TOTAL GASTOU HABITUALMENTE <u>EM 1 DESSES DIAS ÚTEIS DA SEMANA</u>, ESTANDO SENTADO ?</p> <p>Não sabe porque o seu padrão varia muito de dia para dia 99.99</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> h <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> m por dia
<p>(Faça esta pergunta apenas quando P.10=99.99)</p> <p>11. ENTÃO, QUAL FOI O TEMPO TOTAL QUE GASTOU, NA ÚLTIMA QUARTA-FEIRA, ESTANDO SENTADO ?</p> <p>Não sabe 99.99</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> h <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> m na quarta-feira

15 – SAÚDE MENTAL	15 – SAÚDE MENTAL
Atenção: Faça as perguntas desta área apenas aos indivíduos de <u>15 e mais anos</u> , sendo o <u>próprio</u> a responder	
<p>AS PERGUNTAS QUE SE SEGUEM PRETENDEM AVALIAR A FORMA COMO SE SENTIU E COMO LHE CORRERAM AS COISAS NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.</p> <p>(Mostrar cartão nº 9)</p>	
<p>1. NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, QUANTO TEMPO SE SENTIU MUITO NERVOSO(A) ?</p> <p>SEMPRE. 1</p> <p>A MAIOR PARTE DO TEMPO 2</p> <p>BASTANTE TEMPO 3</p> <p>ALGUM TEMPO 4</p> <p>POUCO TEMPO 5</p> <p>NUNCA 6</p>	<input type="text"/>
<p>2. NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, QUANTO TEMPO SE SENTIU TÃO DEPRIMIDO(A) QUE NADA O(A) ANIMAVA ?</p> <p>SEMPRE 1</p> <p>A MAIOR PARTE DO TEMPO 2</p> <p>BASTANTE TEMPO 3</p> <p>ALGUM TEMPO 4</p> <p>POUCO TEMPO 5</p> <p>NUNCA 6</p>	<input type="text"/>
<p>3. NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, QUANTO TEMPO SE SENTIU CALMO(A) E TRANQUILO(A) ?</p> <p>SEMPRE 1</p> <p>A MAIOR PARTE DO TEMPO 2</p> <p>BASTANTE TEMPO 3</p> <p>ALGUM TEMPO. 4</p> <p>POUCO TEMPO 5</p> <p>NUNCA 6</p>	<input type="text"/>
<p>4. NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS, QUANTO TEMPO SE SENTIU TRISTE/DESANIMADO(A) E EM BAIXO/ABATIDO(A) ?</p> <p>SEMPRE 1</p> <p>A MAIOR PARTE DO TEMPO 2</p> <p>BASTANTE TEMPO 3</p> <p>ALGUM TEMPO 4</p> <p>POUCO TEMPO 5</p> <p>NUNCA 6</p>	<input type="text"/>
<p>5. NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, QUANTO TEMPO SE SENTIU FELIZ ?</p> <p>SEMPRE 1</p> <p>A MAIOR PARTE DO TEMPO 2</p> <p>BASTANTE TEMPO 3</p> <p>ALGUM TEMPO 4</p> <p>POUCO TEMPO 5</p> <p>NUNCA 6</p>	<input type="text"/>

16 – CUIDADOS PREVENTIVOS	16 – CUIDADOS PREVENTIVOS
Área a aplicar somente nas semanas 27 a 39	
Para as pessoas com <u>15 e mais anos</u>	
GOSTAVA AGORA DE FAZER UMAS PERGUNTAS MUITO BREVES SOBRE ALGUNS CUIDADOS QUE AS PESSOAS PODEM TER PARA PREVENIR AS DOENÇAS.	
<p>1. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE [O(A) SR(A) _____] SE VACINOU CONTRA A GRIPE ?</p> <p>EM 2005 1</p> <p>EM 2004 2</p> <p>EM 2003 OU ANTES 3 → P.3</p> <p>Nunca se vacinou contra a gripe 4 → P.3</p> <p>Não sabe 9 → P.3</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
<p>2. EM QUE MÊS FOI ?</p> <p>Atenção: Registe o número do mês correspondente (01 a 12)</p> <p>Não sabe 99</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div>
<p>3. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE[O(A) SR(A) _____] VERIFICOU (MEDIU) A [SUA] TENSÃO ARTERIAL?</p> <p>Há menos de 3 meses 1</p> <p>Entre 3 a 5 meses 2</p> <p>Entre 6 e 11 meses 3</p> <p>Entre um e três anos 4</p> <p>Há mais de três anos 5</p> <p>Nunca mediu a tensão arterial 6</p> <p>Não sabe 9</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>

16 – CUIDADOS PREVENTIVOS	16 – CUIDADOS PREVENTIVOS
<p>4. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE [O(A) SR(A) _____] VERIFICOU (MEDIU) O [SEU] COLESTEROL?</p> <p>Há menos de 3 meses 1</p> <p>Entre 3 a 5 meses atrás 2</p> <p>Entre 6 e 11 meses atrás 3</p> <p>Entre um e três anos atrás 4</p> <p>Há mais de três anos 5</p> <p>Nunca mediu o colesterol 6</p> <p>Não sabe 9</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 20px auto;"></div>
<p>As próximas 2 perguntas são apenas para mulheres de <u>20 e mais anos</u>, sendo a <u>própria</u> a responder.</p>	
<p>5. EM QUE ANO FEZ A ÚLTIMA MAMOGRAFIA, ISTO É, UMA RADIOGRAFIA AO PEITO ?</p> <p>Atenção: Registe os quatro algarismos (xxxx)</p> <p>Se não sabe, registe o ano aproximado</p> <p>Se nunca fez mamografia registe 0000</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 20px auto; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-right: 1px solid black; width: 25%;"></div> <div style="border-right: 1px solid black; width: 25%;"></div> <div style="border-right: 1px solid black; width: 25%;"></div> <div style="width: 25%;"></div> </div>
<p>6. EM QUE ANO FEZ A ÚLTIMA CITOLOGIA (ESFREGAÇO VAGINAL / TESTE DE PAPANICOLAU) ?</p> <p>Atenção: Registe os quatro algarismos (xxxx)</p> <p>Se não sabe, registe o ano aproximado</p> <p>Se nunca fez uma citologia registe 0000</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 20px auto; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-right: 1px solid black; width: 25%;"></div> <div style="border-right: 1px solid black; width: 25%;"></div> <div style="border-right: 1px solid black; width: 25%;"></div> <div style="width: 25%;"></div> </div>

17 – QUALIDADE DE VIDA	17 – QUALIDADE DE VIDA
Área a aplicar somente nas semanas 40 a 52	
Atenção: Faça as perguntas desta área apenas aos indivíduos de <u>15 e mais anos</u> , sendo o <u>próprio</u> a responder	
<p>COM AS PERGUNTAS QUE SE SEGUEM PRETENDEMOS SABER COMO SE SENTE QUANTO À SUA QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE OU OUTROS ASPECTOS DA SUA VIDA. PENSE NAQUILO QUE ACONTECEU NA SUA VIDA NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.</p>	
<p>1. COMO CLASSIFICA A SUA QUALIDADE DE VIDA ?</p> <p>MUITO MÁ 1 MÁ 2 NEM MÁ NEM BOA 3 BOA 4 MUITO BOA 5</p>	<input type="checkbox"/>
<p>2. ATÉ QUE PONTO ESTÁ SATISFEITO(A) COM A SUA SAÚDE ?</p> <p>MUITO INSATISFEITO(A) 1 INSATISFEITO(A) 2 NEM SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) 3 SATISFEITO(A) 4 MUITO SATISFEITO(A) 5</p>	<input type="checkbox"/>
<p>3. TEM A ENERGIA SUFICIENTE PARA O SEU DIA-A-DIA ?</p> <p>NÃO TENHO NENHUMA 1 TENHO MUITO POUCA 2 TENHO ALGUMA 3 TENHO GERALMENTE 4 TENHO TODA A ENERGIA 5</p>	<input type="checkbox"/>
<p>4. ATÉ QUE PONTO ESTÁ SATISFEITO(A) COM A SUA CAPACIDADE PARA REALIZAR AS SUAS ACTIVIDADES DIÁRIAS ?</p> <p>MUITO INSATISFEITO(A) 1 INSATISFEITO(A) 2 NEM SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) 3 SATISFEITO(A) 4 MUITO SATISFEITO(A) 5</p>	<input type="checkbox"/>

17 – QUALIDADE DE VIDA	17 – QUALIDADE DE VIDA
<p>5. ATÉ QUE PONTO ESTÁ SATISFEITO(A) CONSIGO PRÓPRIO(A) ?</p> <p>MUITO INSATISFEITO(A) 1 INSATISFEITO(A) 2 NEM SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) 3 SATISFEITO(A) 4 MUITO SATISFEITO(A) 5</p>	<div></div>
<p>6. E COM AS SUAS RELAÇÕES PESSOAIS ?</p> <p>MUITO INSATISFEITO(A) 1 INSATISFEITO(A) 2 NEM SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) 3 SATISFEITO(A) 4 MUITO SATISFEITO(A) 5</p>	<div></div>
<p>7. TEM O DINHEIRO SUFICIENTE PARA ENFRENTAR AS SUAS NECESSIDADES ?</p> <p>DE MODO NENHUM 1 UM POUCO 2 TENHO ALGUM 3 GERALMENTE TENHO 4 TENHO COMPLETAMENTE 5</p>	<div></div>
<p>8. ATÉ QUE PONTO ESTÁ SATISFEITO(A) COM AS CONDIÇÕES DO LOCAL ONDE VIVE ?</p> <p>MUITO INSATISFEITO(A) 1 INSATISFEITO(A) 2 NEM SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) 3 SATISFEITO(A) 4 MUITO SATISFEITO(A) 5</p>	<div></div>

18 – INSEGURANÇA ALIMENTAR	18 - INSEGURANÇA ALIMENTAR
Área a aplicar somente nas semanas 40 a 52	
Atenção: Faça as perguntas desta área apenas ao(à) representante da família	
<p>AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE ASPECTOS, DIFERENTES DOS JÁ AQUI ABORDADOS, SOBRE A ALIMENTAÇÃO DA SUA FAMÍLIA E REFEREM-SE À CAPACIDADE PARA ADQUIRIR OS ALIMENTOS DE QUE NECESSITA.</p> <p>AS FRASES QUE VOU LER FORAM DITAS POR ALGUMAS PESSOAS PARA DESCREVER A ALIMENTAÇÃO DELAS. DIGA-ME, POR FAVOR, SE CONSIDERA CADA UMA DESTAS FRASES “QUASE SEMPRE VERDADEIRA”, “ÀS VEZES VERDADEIRA” OU “NUNCA VERDADEIRA”, <u>NO QUE SE REFERE À SUA FAMÍLIA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES.</u></p>	
<p>1. “ OS ALIMENTOS QUE COMPREI JÁ ACABARAM E NÃO TENHO DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS ”.</p> <p>NA SUA OPINIÃO, ESTA AFIRMAÇÃO É ...</p> <p style="text-align: right;"> QUASE SEMPRE VERDADEIRA 1 ÀS VEZES VERDADEIRA 2 NUNCA É VERDADEIRA 3 </p> <p style="text-align: right;"> Recusa 8 Não sabe 9 </p>	<input type="checkbox"/>
<p>2. “ EU NÃO CONSIGO COMPRAR ALIMENTOS PARA FAZER REFEIÇÕES COMPLETAS E SAUDÁVEIS”.</p> <p>NA SUA OPINIÃO, ESTA AFIRMAÇÃO É ...</p> <p style="text-align: right;"> QUASE SEMPRE VERDADEIRA 1 ÀS VEZES VERDADEIRA 2 NUNCA É VERDADEIRA 3 </p> <p style="text-align: right;"> Recusa 8 Não sabe 9 </p>	<input type="checkbox"/>
<p>3. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, ALGUM ADULTO DA SUA FAMÍLIA COMEU MENOS ÀS REFEIÇÕES OU SALTOU REFEIÇÕES PORQUE NÃO HAVIA DINHEIRO SUFICIENTE PARA COMIDA ?</p> <p style="text-align: right;"> Sim 1 Não 2 </p> <p style="text-align: right;"> Recusa 8 Não sabe 9 </p>	<input type="checkbox"/>

18 – INSEGURANÇA ALIMENTAR	18 - INSEGURANÇA ALIMENTAR
Atenção: Se registou 1 ou 2 em P.1 ou P.2 ou 1 em P.3, faça P.4, P.5 e P.6; caso contrário → Fim do Questionário	
<p>4. QUANTAS VEZES É QUE ISSO ACONTECEU ?</p> <p>QUASE TODOS OS MESES 1 ALGUNS MESES MAS NÃO EM TODOS 2 APENAS EM 1 OU 2 MESES 3</p> <p>Recusa 8 Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
AGORA, EM RELAÇÃO A SI PRÓPRIO(A), DIGA-ME:	
<p>5. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, ACHA QUE COMEU MENOS DO QUE DEVERIA PORQUE NÃO TINHA DINHEIRO SUFICIENTE PARA COMER ?</p> <p>Sim 1 Não 2</p> <p>Recusa 8 Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>6. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, SENTIU FOME MAS NÃO COMEU PORQUE NÃO TINHA DINHEIRO PARA COMPRAR COMIDA ?</p> <p>Sim 1 Não 2</p> <p>Recusa 8 Não sabe 9</p>	<input type="checkbox"/>

AGRADECIMENTO

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO